ÜBER

ZWEI OVARIOTOMIEN

BEI

BÖSARTIGEN NEUBILDUNGEN DES OVARIUM

(CARCINOMA UND PAPILLOMA OVARII).

INAUGURAL-DISSERTATION

DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT VON

EMIL SCHEELE.

STRASSBURG
STRASSBURGER DRUCKEREI UND VERLAGSANSTALT
VORM. R. SCHULTZ & Cº
1889.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: Prof. Dr. Freund.

Ueber zwei Ovariotomien bei bösartigen Neubildungen des Ovarium

(Carcinoma und Papilloma Ovarii).

In der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts hat sich die Ovariotomie, einerseits durch die technische Vervollkommnung, die sie durch ihre Meister erfahren hat, andererseits durch die Sicherheit, die die Antisepsis gewährt hat, zu einer überraschend heilbringenden und jetzt vollkommen unbestrittenen Operation gestaltet. Die neuesten Publicationen über die Resultate der Ovariotomie lassen erkennen, dass die Mortalität der Operation auf 5 % oder gar noch einen geringeren Prozentsatz gesunken ist.

Hand in Hand mit dieser Besserung der Prognose musste naturgemäss die Zahl der Contraindicationen der Ovariotomie sich mehr und mehr verringern; heutzutage gelten weder subseröse Entwickelung oder zahlreiche Adhaesionen des Tumors irgend welcher Art, weder Schwangerschaft, hohes Alter, noch Marasmus der Patientin an und für sich als Momente, die von der Operation abzustehen zwingen. Auch darüber beginnen die Meinungen getheilt zu werden, ob es sich nicht rechtfertige, durch Entfernung eines Tumors, der durch seine Grösse oder durch den begleitenden Ascites die Lunge comprimirt, die letzten Monate einer phthisisch Erkrankten zu günstigeren zu gestalten. Ein gleiches gilt von anderen chronischen Erkrankungen.

Unbestrittene Geltung als Contraindicationen haben jetzt nur noch intercurrente fieberhafte Erkrankungen und maligne Tumoren, die eine Ausbreitung auf das Peritoneum, das Netz oder auf edlere Organe gewonnen haben.

Verweilen wir bei der uns speciell interessirenden Frage, bei der Contraindication bei malignen Tumoren und im besonderen bei Carcinomen des Ovarium.

Letztere galten in früherer Zeit überhaupt als directe Contraindication; man berührte sie in den Zeiten der Entwickelung der Ovariotomie nur selten und mit Abneigung. Diese Scheu vor der Operation bei Krebs lässt sich noch bis in die neueste Zeit verfolgen. Die leitenden Operateure — Olshausen[1]) vertritt noch im Jahre 1884 diese Meinung — stellten es als Grundsatz hin, bei gesicherter Diagnose auf Malignität nicht zu operiren. Einmal behauptete man, dass die Operirten zumeist den Eingriff nicht überständen, vielmehr ein Operationsversuch fast stets einen Exitus letalis nach sich zöge; andererseits wieder hielt man es für ungerechtfertigt, die Kranken einer Operation zu unterwerfen, die mit Vorbereitung und eventueller Rekonvaleszenz mehrere Wochen in Anspruch nähme, da ein Recidiv doch unvermeidlich wäre und nach dem Eingriff nur um so beschleunigter auftrete.

Diese Vorschrift, bei bösartigen Tumoren keine Operation zu wagen, wird, wie auch Olshausen angiebt, einfach durch die Thatsache begründet, dass bei wirklich sicherer Diagnose das Ovarialcarcinom sich fast stets in einem weit vorgeschrittenen Stadium befindet und palpable Metastasen auf dem Peritoneum und dem Omentum erzeugt hat. In denjenigen Fällen dagegen, wo gewöhnlich erst während oder nach der Operation der bösartige Charakter der Geschwulst erkannt wird, also bei krebsiger Degeneration eines gutartigen Kystoms oder bei frühzeitiger Operation eines Carcinoms ohne Metastasen, hat man selbstverständlich auch früher operirt. Allein die Fälle, wo eine frühzeitige Exstirpation eines primären Carcinoms noch möglich schien, waren, wie auch heute noch, die selteneren und verschwanden vor der massgebenden Zahl der fortgeschrittenen Carcinome, die sich zur Operation stellten.

---

[1]) Beiträge zur Gynækologie. Halle 1884, S. 49.

Wie es nun geschah, dass die Kranken erst in späten Stadien der Tumorentwickelung dem Operateur zu Gesicht kamen, dazu wirkten verschiedene Gründe zusammen, die zum grössten Theil auch heute noch ihre Geltung behalten haben. Vor allem liegt diese Thatsache in dem Verhalten der Patientinnen selbst begründet; dieselben werden sich zumeist erst dann der Operation unterziehen, wenn unleidliche Schmerzen oder dauernde Arbeitsunfähigkeit sie dazu zwingen. Dies war früher um so mehr der Fall, als die Prognose der Ovariotomie noch keine so günstige war. Doch abgesehen davon, dass die Kranken zu spät — meist erst nach Jahresfrist — sich zur Operation stellen, unterliegt auch für den Arzt selbst die Diagnose der ersten Stadien des Krebses vielen Unsicherheiten und individuellen Verschiedenheiten. Hinzu tritt noch, dass, wie Schröder[1]) hervorhebt, die erste Entwickelung des Carcinoms sehr oft völlig latent und symptomlos ist, bis ein plötzlich auftretender Ascites die Kranken zwingt, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen; gewöhnlich ist es dann bei dem charakteristisch rapiden Verlaufe des Ovarialcarcinoms für eine Radicaloperation zu spät. Von noch weittragenderer Bedeutung jedoch war es für die Behandlung des Eierstockskrebses, dass früher allgemein für die Ausführung der Ovariotomie ein später Zeitpunkt gewählt wurde. Es war eben damals, als man, weniger wie heute, eine sichere Garantie für Genesung geben konnte, von Nöthen, dass die Beschwerden der Patientinnen der Operation eine gewisse Berechtigung verliehen. Dies liegt deutlich ausgedrückt in dem Rath Spencer Wells[2]), «Kranke mit Tumoren des Eierstocks so lange palliativ zu behandeln, als dieselben eine halbe Stunde lang ohne besondere Anstrengung gehen und die Treppen auf und ab steigen können, so lange sie ferner ohne Beklemmung zu athmen vermögen, und so lange sie keine Erscheinungen von grossem Druck auf

[1]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten, pag. 440.

[2]) Die Diagnose und chirurg. Behandlung der Unterleibsgeschwülste. In Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge Nr. 45, pag. 36.

die Bauch- und Beckeneingeweide kund geben». Diese Regeln wurden auch auf die malignen Geschwülste übertragen, und so geschah es, dass man mit palliativen Punctionen die Zeit der möglichen Radicalheilung durch Exstirpation des noch kleinen, in sich abgeschlossenen, leicht zugänglichen Carcinoms vorübergehen liess.

Wenn nun aber ein Krebs des Eierstocks in Angriff genommen wurde, sei es dass man einen gutartigen Tumor zu finden glaubte oder wenigstens ein Carcinom in frühem Entwickelungsstadium, so war man in vielen Fällen überrascht, vor einer technischen Unausführbarkeit zu stehen, welche in der Neigung des Carcinoms, frühzeitig Adhaesionen zu bilden, sich subserös zu entwickeln, dem Darm breit anzuliegen oder den Uterus zu umwachsen, ihren Grund hat. In vielen dieser Fälle blieb es bei der Probeincision, oder es kam zu den gefahrvollen, unvollendeten Operationen; gelang in günstigeren Fällen die Exstirpation, so scheinen doch in der Mehrzahl der Ovariotomien die Operirten an dem Eingriff zu Grunde gegangen zu sein. Als Ursachen dieser Erscheinungen werden angeführt die Unreinlichkeit der Operation bei der Bröcklichkeit und Weichheit des Krebsgewebes, die lange Dauer der Operation, die eine Sepsis viel leichter entstehen lassen sollte als eine glatt verlaufende Ovariotomie, ferner die direkte Reizung und Lädirung des Peritoneum, welches ebenso wie die gefässreichen Adhaesionen und breiten Ausschälungsflächen ein Serum aussickern lassen sollte, das den etwa eingeimpften Infectionsträgern eine äusserst günstige, weil zersetzungsfähige, Nährflüssigkeit abgeben sollte. Der Marasmus und die Hydraemie der Krebskranken sollten einerseits das Ueberstehen der Operation zweifelhaft, andererseits die Wirkung einer Sepsis zu einer unabwendbaren machen.

Diese Ansicht über die unmittelbaren Gefahren der Operation war in früheren Jahren eine allgemeine; Kaltenbach[1]) giebt an,

[1]) Operative Gynaekologie. Hegar und Kaltenbach, Cap. Contraindicationen der Ovariotomie.

dass nur vereinzelte Operirte mit dem Leben davonkamen, Olshausen[1]), dass eine blosse Incision bei Carcinom früher fast immer von einem schnellen tödlichen Ausgang gefolgt war.

Nicht minder traurig scheinen auch die Erfahrungen über das Auftreten von Recidiven nach glücklich überstandener Operation gewesen zu sein. Nach einigen Wochen, einigen Monaten, höchst selten nach einem Jahre fanden, so wird angegeben, die Kranken ihren Tod am Recidive. Kaltenbach[2]) führt jenen bekannten Billroth'schen Fall von Ovariotomie bei Krebs mit Darm- und Blasenwandresection, der nach 15 Monaten eine Recidivirung nicht erkennen liess, als einzig dastehend an. Doch finden sich sowohl bei Spencer Wells als auch bei Olshausen und A. Martin Angaben über vereinzelte ähnliche Erfolge.

Bei einer derartig reservirten und skeptischen Haltung, die die Ovariotomisten den Carcinomen der Ovarien gegenüber einnahmen, musste es von umwälzender Bedeutung sein, als A. Martin durch seinen Satz: «jeder Ovarialtumor, sobald derselbe nicht lediglich als das Produkt einer vorübergehenden Schwellung in Folge acuter Oophoritis anzusehen ist, muss die Operation zu seiner Entfernung indiciren[3])», der frühzeitigen Operation die Berechtigung anbahnte. Der Martin'sche Satz hat sich in der Ovariotomie überhaupt eine allgemeine, wenn auch bedingte Anerkennung erstritten; für die soliden Carcinome und Sarkome des Eierstocks im speciellen liegt es auf der Hand, dass die frühzeitige Operation die einzige Möglichkeit für eine Radicalheilung eröffnet. Allein dieselbe beugt nicht nur den Gefahren einer Stieltorsion, einer Vereiterung oder Ruptur bei benignen Tumoren vor, sondern auch der Neigung der letzteren zu bösartiger Degeneration. Wie gross die Neigung zu dieser Degeneration bei Ovarialtumoren

[1]) Krankheiten der Ovarien (in Billroths Handbuch der Frauenkrankheiten), pag. 388.

[2]) Loc. cit.

[3]) Berl. klin. Wochenschrift, 1883.

ist, hat die Arbeit von Cohn[1]) klar erwiesen; unter 600 von Schröder operirten, in der Arbeit berücksichtigten Tumoren waren 100 bösartige Geschwülste und darunter allein 44 papillär degenerirte Kystome und 14 carcinomatös degenerirte glanduläre Kystome. An dritter Stelle macht die frühzeitige Operation der Punction der Cysten ein Ende, welche, wie Knowsley Thornton, der englische Vorfechter der frühzeitigen Operation, gezeigt hat, im Falle einer bösartigen Degeneration zu einer Dissemination und Ueberimpfung von papillären und krebsigen Knoten auf das Peritoneum führt. Hinzu tritt noch der praktische Vortheil, dass Carcinome im frühen Entwickelungsstadium der Operation geringere Schwierigkeiten darbieten als verbreitete Carcinome.

Auch von anatomischer Seite ist es bewiesen worden, dass der Eierstockskrebs relativ lange in Folge der isolirten Lage des Ovarium local bleibt, und demnach nimmt es nicht Wunder, dass angesichts solcher schwerwiegender Gründe wir sämmtliche Autoren in dem Puncte des frühzeitigen Operirens bei Eierstockskrebs im Einklange finden. Ueberall tritt uns das Streben entgegen, Momente und Symptome anzuführen, die möglichst früh einen Verdacht auf Malignität einer Eierstocksgeschwulst wecken oder bestärken können. So werden als Erkennungszeichen für reines Carcinom angegeben: Solidität eines höckerigen, harten Tumors, Doppelseitigkeit, rapides Wachsthum, Cachexie, frühe Entwickelung von Ascites und Anasarca der unteren Extremitäten, lancinirende heftige Schmerzen; nach Olshausen und Leopold soll meist das jugendliche Alter, nach den anderen Autoren das climacterische Alter charakteristisch sein.

Eine krebsige Degeneration der Kystome ist schwieriger zu diagnosticiren, ja unmöglich, so lange die degenerirten Partieen im Innern des Tumors lagern. Sind in dem uns besonders interessirenden Fall von Papilloma ovarii die Papillen

[1]) Ernst Cohn, Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke. Zeitschr. für Geburtsh. und Gynaekologie XII.

durch die Cystenwand in die Peritonealhöhle durchgebrochen, so müssen das Eintreten von blutigem Ascites mit charakteristischen Epithelien, das Palpiren von höckerigen Excrescenzen auf dem Tumor oder gar Schneeballenknistern im Cavum Douglasii zu schnellem Handeln anspornen, da dann schon die Grenze der Möglichkeit, radical heilen zu können, erreicht ist.

Getheilter hingegen sind die Meinungen der Operateure über die Behandlung solcher Fälle von Eierstockskrebs, in denen durch eine Metastasensetzung eine Aussicht auf eine radicale Heilung nicht mehr vorhanden ist. Von dem Umschwunge jedoch, der sich auch auf diesem Gebiete in den letzten Jahren geltend gemacht hat, giebt die schon weiter oben erwähnte Arbeit von Cohn Aufschluss. Dieser Abhandlung gebührt das Verdienst, den Carcinomen des Eierstocks ein gleiches Interesse gesichert zu haben, wie es auf anderen Gebieten der Chirurgie den Krebsen schon lange zu Theil wird. Bis dahin hatte bei der Jugend der Ovariotomie die Frage, wie man sich den malignen Tumoren gegenüber verhalten sollte, näherliegenden und allgemeineren Streitfragen, namentlich von technischem Interesse, weichen müssen, um so mehr als die tristen Resultate, welche die Operateure über Carcinomexstirpationen mittheilten, zu einem näheren Eingehen auf die Frage und zu neuen Versuchen nicht eben anspornten.

In erster Linie wendet sich Cohn gegen das damals von Spencer Wells, Keith, Olshausen und Anderen aufgestellte Axiom: «Die Prognose der Operation maligner Ovarialtumoren ist absolut infaust.» Einmal sollte die Ovariotomie an und für sich bei Carcinom in der grössten Zahl von Fällen — nach Keith in vier von fünf Fällen — unmittelbar todbringend sein. Dies widerlegt Cohn an der Hand einer Statistik über 100 Fälle; die Zahl der an der Operation zu Grunde gegangenen Kranken betrug 20 — eine gegenüber den Angaben obengenannter Autoren verschwindend kleine Zahl. An Sepsis erfolgte der Tod im Gegensatz zu der im Anfange der Einleitung geschilderten Furcht der Operateure nur in 7 von den 20 Fällen. Die übrigen Patientinnen erlagen den Todesursachen, die auch

bei gutartigen Tumoren nicht vollkommen auszuschliessen sind, so namentlich der Embolie der Pulmonalarterie, dem Shok oder Collaps, was bei dem häufigen Marasmus der Krebskranken kaum Wunder nehmen kann.

Den Todesfällen jedoch stellt Cohn in seiner Statistik fast ebensoviel Radicalheilungen gegenüber, in 19 % der Fälle auf 86 Ovariotomien; gewiss ein überraschendes Resultat. Ueberhaupt war in 19,5 % der Fälle eine Verlängerung der Lebensdauer von über ein Jahr zu constatiren, ohne dass ein Recidiv sich gezeigt hätte. Wenn letzteres auch wirklich noch aufgetreten ist, so will diese Verlängerung der Lebensfrist für die Operirten, die sonst einem qualvollen Hinsterben anheimgefallen wären, gleichwohl sehr viel bedeuten. 17,3 % der operirten Personen starben im Ganzen am Recidiv. Mit diesen Resultaten wäre also auch die alte Lehre widerlegt, dass die Ovariotomie das Auftreten von Recidiven beschleunige, und dass das Recidiv in den meisten Fällen mit erschreckender Schnelle den Nutzen der Operation illusorisch mache.

Wenn nun auch unter den 100 Fällen, die Cohn in seine Statistik gezogen hat, sich viele Ovariotomien befinden, bei denen erst die anatomische Untersuchung nachträglich die Bösartigkeit der Geschwulst ergab, so dass die Schlussfolgerungen und Zahlenergebnisse nicht direkt eine Richtschnur abgeben können für die Handlungsweise bei unzweifelhafter Diagnose auf Carcinom, so hat doch der Verfasser zwei massgebenden Ergebnissen seiner Abhandlung Geltung verschafft. Einmal hat Cohn durch den Nachweis der ausgesprochenen Tendenz der Kystome, carcinomatös zu degeneriren, einer Tendenz, die so weit geht, dass überhaupt auf 6 Ovarialtumoren ein bösartiger kommt, der frühzeitigen Operation, wie sie Martin will, eine wesentliche Stütze verliehen. Dass eine allgemeine frühzeitige Ausführung der Ovariotomie im speciellen wieder den Carcinomen zu gut käme, brauchen wir nicht von neuem zu betonen. Doch werden es wohl äussere Umstände, die nicht in der Macht des Arztes stehen, zur Folge haben, dass die frühzeitige Operation mehr theoretisch erhofft als praktisch durch-

führbar sich erweist; und so erhält ein zweiter Satz Cohn's um so grössere Bedeutung, wenn er auch mehr nebensächlich in der weiter angelegten Arbeit figurirt. Cohn zeigt durch seine Statistik, dass sich selbst Fälle, wo sich Metastasen nachweisen lassen, also eine Hoffnung auf Radicalheilung nicht mehr besteht, für den Operateur dankbar erweisen können dadurch, dass man nicht nur den Operirten neuen Lebensmuth einflösst, sondern auch, was wichtiger ist, die Lebensdauer der Carcinomkranken um eine beträchtliche Spanne zu verlängern vermag.

Diese in der Arbeit von Cohn niedergelegten Erfahrungen haben in der Folgezeit in einzelnen Publikationen und Mittheilungen eine Bestätigung erhalten. So zählte Leopold[1]) unter 110 Ovariotomien gar 26 bösartige Tumoren. Eine dauernde Heilung hat derselbe in 20 % der Fälle erzielt. Vor allen Dingen steht die Thatsache fest, dass unter strenger, sorgfältiger Antisepsis bei Exstirpation bösartiger Tumoren des Eierstocks der Prozentsatz der Mortalität, der durch die Operation selbst bedingt wird, nur um weniges höher ist als bei gutartigen Ovarialgeschwülsten, dass also das Carcinom nicht verantwortlich gemacht werden kann für einen unglücklichen Ausgang eines Eingriffs. Darüber liegen auch der Strassburger Klinik bestätigende Erfahrungen vor.

Gehen wir nun zu der den Arzt speciell interessirenden Frage über: Wie weit darf man mit der Operation gehen, welche Fälle erscheinen noch geeignet für dieselbe? Cohn beantwortet diese Frage mit folgendem Satz: «Zeigt der Tumor nur einigermassen freie Beweglichkeit, und sind die retroperitonealen Drüsen nicht hochgradig infiltrirt zu fühlen, und sind auch sonst keine gröberen malignen Massen auf dem Bauchfell nachzuweisen, kurz, scheint die Operation keine grösseren Schwierigkeiten darzubieten als eine complizirtere gewöhnliche Ovariotomie, so dürfte ihr nichts weiter im Wege stehen als etwa die Furcht vor einem schnellen Recidiv, welches ihren Erfolg illusorisch machen würde. Der zweite Grad von Aus-

[1]) Deutsche medicinische Wochenschrift. XIII. 4. 1887.

breitung der Krankheit indicirt zunächst die Explorativincision, und erst der dritte, wo von vorneherein die Möglichkeit der Ausführbarkeit einer Operation fehlt, bleibe unberührt.» Diesem Satze haben sich Düvelius, Ruge, A. Martin und Schröder angeschlossen[1]). Letzterer beurtheilt in seinem Lehrbuche über Frauenkrankheiten[2]) die Frage, wie folgt: «Sind Knoten im Douglas'schen Raume zu fühlen, oder geht die infiltrirte Basis des Tumors in das Beckenbindegewebe hinein, so hat die Operation keinen Nutzen, und der Versuch zur radicalen Entfernung beschleunigt nur das unvermeidliche Ende.»

A. Martin[3]) lehnt die Operation ab, wenn das Carcinom nicht mehr «auf das Ovarium isolirt» erscheint; er schliesst bei Explorativincisionen den Bauch, sobald er ein inficirtes Peritoneum vorfindet. Spencer Wells[4]) führt ebenfalls bei Krebs in vorgeschrittenem Stadium die Operation nicht aus; in günstigeren Fällen nimmt er «mit Rücksicht auf die Beispiele von Genesung bei Carcinomkranken nur mit äusserster Vorsicht von der Operation Abstand».

Auf dem gleichen Standpunkte steht Olshausen[5]); bei vereinzelten und an günstigen Stellen gelegenen Metastasen operirt derselbe ohne Zögern. In zweifelhaften Fällen macht er die Probeincision, um ein Urtheil über die Ausführbarkeit oder Opportunität der Operation zu gewinnen. «Nur da, wo Metastasen vor der Operation ganz evident sind, sieht man von jeder Incision ab, die die Kranken doch dem sicheren Tode nicht entreissen würde.» Dieser Ansicht schliessen sich wohl alle deutschen Operateure — so Leopold[6]) und E. Fränkel[7]) —

---

[1]) Discussion zu Cohn's Vortrag. Zeitschrift für Gynaekologie und Geburtshülfe. Band XII, pag. 438.

[2]) Pag. 421.

[3]) Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. 1885, pag. 393.

[4]) Spencer Wells, Die Diagnose und chirurgische Behandlung der Unterleibstumoren. Deutsch von v. Vragassy. Wien 1886, S. 177.

[5]) Krankheiten der Ovarien. 1886, pag. 388.

[6]) a. a. O.

[7]) Beiträge zur operativen Gynaekologie. Breslauer ärztliche Zeitschrift 1887, 1—5.

an. Köberlé[1]) hat die gleiche Meinung. Schröder[2]) geht einen Schritt weiter; er räth, auch in hoffnungslosen Fällen wenigstens die Probeincision zu machen, um die Kranken von den Beschwerden des Ascites zu befreien und sie andererseits nicht zum Bewusstsein ihrer trostlosen Lage kommen zu lassen. Kaltenbach[3]) vertritt im allgemeinen eine viel negativere Meinung als Olshausen; nur fügt er hinzu, dass eine Operation «immer noch gerechtfertigt erscheine, wenn man unter Indicatio vitalis operire, das heisst wenn, wie in dem Fall, auf den er verweist[4]), die Kranke unter acut auftretendem Ascites zu ersticken und an Uraemie zu Grunde zu gehen droht». Doch setzt er noch die Einschränkung hinzu: «bei freibeweglichem Tumor, wenn die Drüsen frei sind».

Im Gegensatze nun zu dieser herrschenden Meinung, dass Fälle von Carcinom, die eine grössere metastatische Ausbreitung gewonnen haben, unoperirt bleiben sollen, stehen der Strassburger Klinik Erfahrungen zu Gebote, welche ersehen lassen, dass auch in Fällen, wo eine Carcinose des Peritoneum, eine Verbreitung auf Netz und selbst auf edlere Organe zu constatiren ist, einerseits Operabilität bestehen, andererseits die Aussicht auf einen relativ günstigen Erfolg vorhanden sein kann. Zwei dieser Fälle von Ovariotomie bei ausgebreiteter bösartiger Geschwulst sind mir zur Bearbeitung übergeben worden; dieselben wollen nicht betrachtet sein von dem Standpunkte einer Radicalheilung, sondern von demselben leitenden Gedanken aus, welcher den Chirurgen antreibt, zu operiren, gleichwohl er die Ueberzeugung hat, dass unerreichbare Metastasen vorhanden seien, und dass deren deletärer Einfluss über kurz oder lang zu erwarten sei. Es sind beide Operationen ausgeführt worden

---

[1]) Nouv. dictionnaire de méd. et de chir. p. S. Baillière. 1878. «Ovaire.»

[2]) Discussion zu Cohn's Vortrag.

[3]) Hegar und Kaltenbach, Operative Gynaekologie. 1881. Capitel über die Contraindicationen der Ovariotomie.

[4]) Ueber Exstirpation maligner Ovarialtumoren. Wiener med. Blätter. 1880. 29.

in dem Bestreben, einen palliativen Erfolg zu erzielen, nämlich die Kranken von Schmerzen und Beschwerden zu befreien und ihnen noch eine Reihe schmerzfreier Monate zu verschaffen.

Fall 1.

Solides Ovarialcarcinom.

Fr. Katharina Flory, 61 Jahre alt, wurde aufgenommen in die Strassburger Klinik am 7. Oct. 1887.

Anamnese: Der Vater der Patientin starb an Brustwassersucht; die Mutter im Climacterium; dieselbe war brustkrank. 9 Geschwister der Patientin sind gestorben (keines an Auszehrung), 4 leben und sind gesund. Patientin war nie krank, menstruirt wurde sie mit 16 Jahren; die Menopause trat ein mit 46 Jahren. Die Periode war stets regelmässig mit mittlerem Blutverlust verbunden und dauerte 4 Tage ohne Beschwerden. Patientin hat dreimal geboren. Die Schwangerschaft und das Wochenbett verliefen stets normal. Bei der ersten Geburt musste in Folge von Wehenschwäche die Zange angelegt werden.

Vor einem Jahre stellte sich bei der Patientin eine Blutung ein, die sie für Regeln erklärte; es gingen der Blutung 3 Tage lang starke Schmerzen im Leibe voraus, sie musste einen Tag das Bett hüten. Die Blutung selbst dauerte vier Tage, dann hörten alle Beschwerden auf. Dies wiederholte sich regelmässig alle 4 Wochen bis vor einem Monat; seither wurde derartiges nicht mehr bemerkt. Vor etwa 14 Monaten bemerkte die Kranke, dass der Leib aufgetrieben war; sie ging zum Arzt, der ihr erklärte, dass es ein Gewächs mit Wasser sei. Die Patientin wollte sich operiren lassen, er erklärte das aber für unnöthig und punctirte viermal. Die Kranke suchte dann einen anderen Arzt auf, der noch einmal punctirte und sie hier in die Klinik schickte.

Die Kranke klagt, wenn sie nicht zu Bette liegt, über Schmerzen im Leib, Stechen auf der linken Seite; sonst befindet sie sich relativ wohl und hat nie Athembeschwerden gehabt, hier und da ein wenig Husten. Den Harn kann sie ohne Beschwerden lassen, nur nach dem Punctiren ging es jedesmal 2 Tage sehr schwer. Stuhlgang ist in Ordnung; der Appetit ist gut, der

Schlaf dagegen seit einem Monat gestört. Als Patientin das zweite Mal punctirt wurde, bemerkte sie einen Vorfall der hinteren Scheidewand, der jedoch nicht ganz heraustrat. So oft sich der Leib wieder füllte, trat derselbe stärker heraus.

Status praesens. Aeussere Untersuchung. Die Patientin ist eine recht heruntergekommene, schwer krank aussehende Frau, blass und anaemisch, mit mässigem Oedem der Knöchel und Defluvium capillorum. Die Temperatur ist normal; der Puls weich, klein, regelmässig, 96 Schläge in der Minute. Der Thorax ist ziemlich stark, zeigt mässiges Oedem. Es ist Altersemphysem der Lungen vorhanden. Ueber den Lungen Vesiculärathmen, aber zahlreiches Schnurren und Pfeifen; links hinten besteht von der 9. Rippe an mässige Dämpfung. Daselbst Schmerzhaftigkeit auf Druck, abgeschwächtes Athmen, trockenes Rasseln. Das Herz wird von den geblähten Lungen ganz verdeckt und ist nicht nachweisbar; ebenso wenig ist der Spitzenstoss fühlbar. Die Herztöne jedoch sind rein, auch nicht schwach zu nennen. Das Abdomen ist ungeheuer ausgedehnt, hat einen Umfang von 115 cm und zeigt die charakteristische Ascitesfigur. Die Bauchdecken sind sehr dünn und zeigen wenig Striae. In der schwach pigmentirten Linea alba lässt sich eine Punctionsstelle erkennen. Eine kleine Nabelhernie ist vorhanden, in derselben ist ein weiches Knötchen fühlbar. In der Medianlinie vom Nabel ab und in beiden Seiten handbreit unter dem Rippenbogen beginnend ist absolute Dämpfung zu constatiren, der eine grosswellige Fluctuation entspricht. Nur linkerseits ist ein ziemlich harter Tumor undeutlich bis handbreit über dem Nabel nachweisbar; daselbst besteht Druckempfindlichkeit. Die Milz wird vom Magen verdeckt, die Leber reicht von der 6. Rippe bis zum Rippenbogen. Der Stuhl ist angehalten. Der Urin zeigt eine Spur von Eiweiss.

Innere Untersuchung: Es ist totaler Prolaps besonders der hinteren Vaginalwand vorhanden und auf demselben ein beginnendes Decubitalgeschwür. Die Portio ist sichtbar, leicht ectropionirt, mässig eingerissen. Per rectum fühlt man die stark ausgezogene Portio supravaginalis, an die sich die Retractoren deutlich ansetzen, etwa fingerlang fast median, nach oben verlaufend; daran schliesst sich dann eine ungemein verschmälerte Partie.

Es ist weder der Fundus uteri noch ein Zusammenhang mit dem Tumor nachzuweisen, ebenso wenig ein Stiel. Daraufhin wurde

die Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt: «Myom, vielleicht mit maligner Degeneration.»

Die Patientin wurde nunmehr zur Operation vorbereitet.

Die Operation erfolgte am 12. November 1887.

Nach vorheriger subcutaner Injection von 0,01 Morphium verläuft die Chloroformnarkose gut.

Der Schnitt wird geführt in der Linea alba vom Nabel bis halbhandbreit über die Symphyse. Die Bauchdecken sind sehr dünn und bluten nicht. Es entleeren sich viele Liter von Ascites, einige gelatinöse Ausscheidungen enthaltend. Das ganze Peritoneum parietale ist besetzt mit graubraunen Carcinomknötchen und ist bedeutend verdickt. Der Uterus ist mässig gross, schlaff, antevertirt, trägt in der Serosa ebenfalls Knötchen. Die Harnblase ist ziemlich elevirt und erweitert. Der grosse Tumor ist das nur zum geringen Theile cystische, grösstentheils weiche carcinomatöse, intraligamentär entwickelte Ovarium sinistrum. Nachdem der Schnitt bis in den Nabel verlängert worden ist, lässt es sich sammt einem secundären auf seiner Kuppe sitzenden Tumor, der bis in die Regio epigastrica reicht, bequem in toto eventriren.

Das rechte Ovarium ist in einen mannsfaustgrossen, soliden, carcinomatösen Tumor verwandelt und hat einen sehr breiten, derben Stiel; derselbe wird fünffach unterbunden. Nach Abtragung des Tumors erfolgt keine Blutung. Der Stiel wird verkohlt; Adhaesionen bestanden nicht.

Eine brückenartige Netzadhaesion am Uterus wird nun doppelt unterbunden und durchtrennt.

Der linksseitige Tumor, der jetzt in Arbeit genommen wird, ist vorwiegend im Mesenterium der Flexur gewuchert, denn man findet vom Uterus Andeutungen eines Stiels (Tube und Ligamentum ovarii) eine Strecke weit auf ihn übergehend. Die Vasa spermatica fühlt man als grosse klopfende Gefässe ganz peripher an der Beckenwand als ziemlich isolirten Strang aufsteigen. In der Mitte zwischen diesen beiden Strängen fühlt man das Ligamentum rotundum abwärts gehen. Das Rectum verläuft gerade und direkt hinter dem Tumor. Die Flexur sitzt letzterem eng auf, macht an der Hinterfläche des Tumors einen grossen Bogen nach links und oben. Weitere Adhaesionen sind nicht vorhanden.

Zunächst werden die isolirbaren Stielpartieen am Uterus unterbunden; dann, da der Tumor ausgeschält werden muss, wird das Ligamentum latum oberhalb der Blase nach der linken Beckenwand hin mit Ligaturen gesichert, das Ligamentum rotundum und die Vasa spermatica isolirt unterbunden. Dann wird das Mesenterium ziemlich hoch auf dem Tumor, freilich immer noch nahe genug dem Darm, eingeschnitten und nun das Gewächs manuell ausgeschält. Das gelingt ohne Blutung; nur eine Art. spermatica spritzt, wird sofort gefasst und unterbunden. Die Carcinommassen werden, soweit es thunlich, aus dem Sacke entfernt. Da keine Blutung in denselben erfolgt, wird er bis auf etwa die Hälfte seiner Ausdehnung gestutzt und durch Lembert'sche fortlaufende Seidennähte geschlossen. Ein fingerdicker Cautschoucdrain wird aus dem Sacke in die Bauchwunde geleitet. Peinliche Toilette des Peritoneum. Die Gallenblase ist stark gefüllt. Der Dünndarm zeigt miliare Metastasen; an der Milz sitzen grössere, ebenso im Douglas'schen Raum. Ein dicker Glasdrain wird durch letzteren in die Vagina geführt. Schluss der Bauchwunde und Verband. Dauer der Operation: 2 Stunden.

Reconvaleszenz: 12. Nov. 1887: ½ Stunde nach der Operation erwacht die Patientin. Der Puls ist ruhig, kräftig und regelmässig. Erbrechen erfolgt einmal; der Drain sondert stark ab.

Abends 6 Uhr: Urin wird spontan und reichlich gelassen. Temperatur 37°,3, Puls 94. Derselbe ist kräftig und regelmässig. Die Operirte klagt über mässige Schmerzen im Leib. Derselbe ist nicht aufgetrieben. Erbrechen ist noch zweimal erfolgt.

13. Nov.: Die Patientin hat mit 0,01 Morphium wenig geschlafen, weil sie durch einen Husten mit Auswurf gequält wurde; sonst hat sie Ruhe gehabt. Temperatur 37°,4, Puls ruhig, 100. Der Leib ist weder aufgetrieben noch schmerzhaft. Urinentleerung erfolgt spontan und reichlich. Der Glasdrain sondert sehr viel blutige, nicht riechende Flüssigkeit ab.

Abends Temperatur 39°,0. Der Leib ist etwas empfindlich wegen andauernden Hustens, aber nicht aufgetrieben. Auf 8 Tropfen Liqu. ammon. anis. entleert Patientin viel zähen Auswurf und ist wesentlich erleichtert.

Abends 9 Uhr wird ein Einlauf von Bordeaux mit 6 Tropfen Tinctura opii verabreicht.

14. Nov. Die Patientin hat gut geschlafen. Temperatur 37°,4, Puls 112, kräftig. Nachts sind Blähungen abgegangen und etwas Blut

aus der Scheide. Der Drain sondert noch reichlich grauliche, nicht riechende Flüssigkeit ab. Das Allgemeinbefinden ist sehr gut.

Abends 4 Uhr: Mit den Blähungen gehen dünne Faeces ab; etwas Unruhe ist vorhanden. Ein Opiumzäpfchen wirkt gut, von da ab zweistündlich 5 Tropfen Opium.

15. Nov. Nachdem die Operirte den Thee, den sie genossen, erbrochen, befand sie sich Abends besser. Seitens des Darmes keine Symptome. Der Glasdrain sondert nicht mehr ab und wird deshalb entfernt. Das Abdomen und die Wunde zeigen ein sehr gutes Verhalten. Der Cautschoucdrain wird ausgetupft; er enthält mässig viel, schwach süsslich riechende Flüssigkeit. Husten und Auswurf sind reichlich; das Allgemeinbefinden ist gut. Temperatur 37°,7.

17. Nov. Gutes Allgemeinbefinden. Temperatur nicht über 38°. Der Husten lässt nach. Patientin geniesst Fleischbrühe mit Schleim, Rothwein, Grog und schläft mit Opium viel.

18. Nov. Der Verband ist heute nach reichlichem Husten zum Theil durchfeuchtet und übelriechend. Die Temperatur beträgt 38°,3, der Puls (120) ist entschieden kleiner als bisher. Es besteht starke Bronchitis beiderseits; der Hydrothorax hat wesentlich abgenommen. Der Verband wird geöffnet und zeigt sich voll übelriechender grauschwarzer Flüssigkeit, die aus dem Cautschoucdrain kommt. Der Leib ist nicht aufgetrieben, nicht schmerzhaft. Die Wunde ist von sehr gutem Aussehen; die Stelle, wo der Glasdrain lag, ist verheilt. Der Gummidrain wird entfernt; die noch ziemlich tiefe, aber enge Höhle wird mit Thymol ausgespült, dabei werden mässige Mengen von Secret entfernt. Ein neuer Gummidrain wird eingeführt. Holzwolleverband. Da krümliche Massen im Rectum fühlbar sind, so wird ein Einlauf von Camillenthee verabreicht, der bei der Patientin bleibt. Auf Grog mit 6 Tropfen Opium erholt sich die Kranke.

19. Nov. Besseres Befinden. 37°,0 Temperatur. Ausspülung der Höhle mit Thymol.

21. Nov. Gutes Allgemeinbefinden. Temperatur 37°,0. Gleichwohl ist die Patientin etwas schwächer als früher. Gestern erfolgten spontan hellgelbe, wenig copiöse breiige Stühle. Auf Elixir. pectoral. folgt erleichterte und reichliche Expectoration bei seltenerem Husten. Die Wundhöhle wird mit Tanninsalicyl ausgespült; sie entleert wenig und schliesst sich rasch von unten her. Es wird von neuem

drainirt; sämmtliche Drähte werden, da prima reunio erfolgt ist, entfernt. Die Patientin nimmt Fleischnahrung mit Appetit.

25. Nov. Die Höhle, welche noch weissliches, leicht riechendes Secret absondert, ist täglich mit Tannin ausgespült worden. Der Canal ist sehr eng, aber noch lang. Sonst sehr gutes Befinden. Die Patientin erholt sich sichtlich. Der Husten ist fast völlig geschwunden. Hydrothorax ist nicht mehr nachweisbar. Keine Spur von Ascites ist vorhanden. Die carcinomatösen Knoten des Peritoneum sind deutlich zu fühlen.

29. Nov. Fortgesetzt gutes Befinden; die Patientin steht auf.

8. Dez. Die Patientin kann heute entlassen werden. Sie glaubt ganz gesund zu sein und hat nicht die mindesten Beschwerden. Weder Hydrothorax ist nachweisbar, noch Ascites, noch Schenkeloedem. Im Urin ist nichts Abnormes; derselbe wird reichlicher abgeschieden als früher. Der Appetit ist vortrefflich; der Stuhl erfolgt täglich spontan. Die Carcinomknoten des Peritoneum lassen sich deutlich nachweisen. Die Narbe ist fest und nicht infiltrirt. Die Bauchfistel besteht als ein langer, enger, wenig secernirender Canal.

Wenn wir nun zu einer kürzeren Besprechung dieses Falles übergehen, so muss in der Anamnese die Angabe der Patientin überraschen, dass typische Blutungen das Wachsthum des Tumors begleiteten. Ob jene Blutungen im ursächlichen Zusammenhang mit der Carcinomentwickelung stehen, lässt sich schwer entscheiden. In der Literatur stand mir eine Aufzeichnung darüber nicht zu Gebote; in den Lehrbüchern wird für die Menstrualjahre gerade die Amenorrhoe als Symptom bei Ovarialtumoren angeführt; nur Olshausen giebt an, dass man in selteneren Fällen bei Carcinom Dysmenorrhoe und profuse Menstruationen antreffe. Es handelt sich hier jedoch um Blutungen nach der Menopause, und wir werden wohl nicht fehl gehen, wenn wir dieselben ähnlich wie die Hämorrhoidalblutungen als Stauungserscheinungen auffassen. Im Uebrigen bietet der Fall im Verlaufe wie im Symptomencomplex nichts Besonderes dar gegenüber dem allgemeinen, in der Einleitung skizzirten Auftreten von Carcinom des Eierstocks; nur die

umstrittenen Punkte, Doppelseitigkeit und hohes Alter, wären vielleicht zu betonen.

Was die Diagnose anbelangt, so hat man sich mit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose begnügt, nachdem es durch die Untersuchung klar lag, dass man es mit einem Tumor zu thun habe, der von den Geschlechtsorganen ausging, während eine Erkrankung anderer Organe, die bei der Differentialdiagnose in Betracht kommen, ausgeschlossen war. In beiden Fällen, bei Myom wie bei Ovarialgewächs, war die Laparatomie indicirt. Auf Myom konnten der lang ausgezogene Uterus, der einen Fundus nicht erkennen liess, der Mangel eines Stieles, der sonst Ovarialtumoren zukommt, und vielleicht auch die Blutungen hinweisen; an carcinomatöse Degeneration oder überhaupt an Bösartigkeit der Geschwulst liess der rasch wiederkehrende, frühzeitige Ascites, der auffallende Körper- und Kräfteverfall und auch das Knötchen im Nabel denken. Eine der Untersuchung vorausgehende Punction hätte unzweifelhaft die Diagnose auf verbreitetes Carcinom der Ovarien ermöglicht; jedoch überliess man die Sicherung der Diagnose der Incision, welche dem Verhalten nach, das die Strassburger Klinik bei Carcinoma ovarii einhält, jedenfalls gemacht worden wäre.

Aus der Beschreibung des wirklichen Befundes und der Operation erhellt nun des weiteren klar, dass dieser Fall mit starker Carcinose des Peritoneum, weitläufiger Wucherung des Carcinoms selbst, miliaren Metastasen auf dem Darm, grösseren an der Milz, dem Uterus, im Douglas'schen Raum den oben angeführten Meinungsäusserungen nach von den deutschen Aerzten nicht in Angriff genommen worden wäre. Es fällt vielmehr dieser Fall in die Categorie derjenigen, wo eine Operation für unzweckmässig angesehen wird. Wie gross die Mühen hier waren, darüber mag schon die Zeit, die die Operation in Anspruch nahm, einen genügenden Aufschluss geben.

Um so erstaunlicher ist der direkte Erfolg: das Ueberstehen der Operation wie die prompte Heilung. An der Wunde hat trotz der starken Carcinose des Peritoneum — es war das Bauchfell fingerdick durchwebt von Krebszügen — eine prima

reunio stattgefunden. Wenn die Patientin einmal zu collabiren drohte, so muss dies ganz auf Rechnung der alten Bronchitis gesetzt werden, die, vielleicht veranlasst durch die veränderten Druck- und Circulationsverhältnisse und begünstigt durch das Altersemphysem der Lungen, einen acuteren Charakter annahm. Vierzehn Tage nach der Operation konnte die Patientin aufstehen, nach 3 Wochen wurde sie voll neuen Lebensmuthes in die Heimath entlassen.

Nun aber zu der wichtigeren Frage: Waren die Mühen der Operation durch einen entsprechenden Erfolg belohnt; wie war der weitere Krankheitsverlauf? Darüber berichtet eine Zuschrift, die mir freundlichst von Herrn Franz Zimmerlich, pract. Arzt in dem Heimathsort der Kranken, zugekommen ist. Die Zuschrift ist datirt vom 24. März 1888; die Mittheilungen sind die folgenden:

«Das Allgemeinbefinden von Fr. Fl. ist ganz gut; sie hat guten Humor und ist voller Zuversicht. An nachweisbaren Tumoren sind beiderseitig der Lage nach den Ligamenta lata entsprechend harte, auf Druck nicht empfindliche Massen vorhanden in einer Ausdehnung von ungefähr der Grösse einer Hand. Ferner sind durch die Bauchdecken zu fühlen knotige Metastasen, die die Patientin selbst zu fühlen angiebt.

Ascites ist seit der Operation nicht wiedergekehrt und nicht zu constatiren. Fr. Fl. trägt nach wie vor eine feste Binde um den Leib. Im übrigen ist zu bemerken, dass sie zeitweise spontane Schmerzen und Stiche im Unterleib empfindet. Die Wunde fliesst noch immer; am unteren Ende der Bauchnarbe zeigt sich eine Fistel, kirschkerngross mit Granulationen umsäumt, welche nicht heilen will.

Wenn die Patientin die Binde nicht trägt, empfindet sie Schmerzen, auch manchmal bei stärkeren Hustenstössen. Urinentleerung und Defäcation sind normal; Stuhlgang täglich, immer etwas hart. Der Appetit ist mässig; in Strassburg sei er besser gewesen, was sich wohl auf die bessere Küche zurückführen lässt.»

Die Resultate der Operation sind demnach bis auf weiteres die folgenden gewesen:

1. Die Lebensdauer der Kranken ist um 5 Monate erträglichen Daseins verlängert worden.
2. Die Patientin ist relativ arbeitsfähig geworden, während sie vor der Operation dauernd bettlägerig war.
3. Der Ascites ist ausgeblieben und mit ihm der Prolaps mit dem beginnenden Decubitalgeschwür verschwunden.
4. Die Patientin ist von den Blutungen und auch in der Hauptsache von ihren Schmerzen befreit worden.

Die zweite Zuschrift, die mir freundlichst von Herrn Dr. Disqué in Thann zu Theil wurde, lautet leider nicht mehr so günstig. Herr Dr. Disqué schreibt am 18. Juli 1888, also beiläufig 8 Monate nach der Operation, folgendes:

«Frl. Fl. geht es sehr schlecht; der Leib ist stark aufgetrieben, starker Ascites vorhanden, so dass nächstens wieder eine Punction nothwendig wird. Die Carcinomknoten im Peritoneum sind eigross zu fühlen. Die Patientin hat wieder starke Schmerzen und grosse Appetitlosigkeit, so dass die Kräfte sehr abnehmen.»

Es ist demnach das unvermeidliche Ende der Kranken als nahe bevorstehend zu betrachten; nehmen wir jedoch bescheiden an, dass mit dem 7. Monat nach der Ovariotomie Ascites und Beschwerden wieder eingesetzt haben, so bleibt doch eine Zeit von einem halben Jahre übrig, während welcher die Operation die oben aufgezählten Vortheile gehabt hat.

Fall 2.

Papillom des Ovarium.

Adele Seitz, Plätterin, 41 Jahre alt, ledig. Die Kranke wurde aufgenommen den 5. October 1887.

Die Anamnese ergab folgende Daten: Der Vater der Kranken ist 86 Jahre, die Mutter 80 Jahre alt, beide sind gesund. 2 Geschwister sind als kleine Kinder gestorben. Von erblichen Krankheiten war nichts zu eruiren. Die Patientin selbst war stets gesund,

wurde mit 13 Jahren menstruirt. Die Regel dauerte 4 Tage, kehrte regelmässig alle 4 Wochen wieder, bis vor einem Jahr. Seither kamen sie alle drei Wochen und dauerten stets nur 2 Tage mit mässigem Blutabgang und ohne alle Beschwerden. Die letzte Regel trat vor 14 Tagen ein. Patientin hatte gar keine Beschwerden und wurde erst durch andere Personen, die sie wegen ihres schlechten Aussehens befragten, auf sich aufmerksam. Seit einigen Wochen bemerkte die Patientin nun, dass der Leib aufgetrieben sei; sie hat auch das Gefühl der Schwere. Anderweitige Beschwerden, namentlich Schmerzen, sind nie vorhanden gewesen und sind auch jetzt nicht vorhanden. In letzter Zeit hat die Patientin rasch abgenommen, und sie suchte desshalb einen Arzt auf, von dem sie hierher geschickt wurde. Die Patientin verlor auch den Appetit, der Stuhl war regelmässig. Sie hat bis in die letzten Tage gearbeitet.

Status praesens am 7. Oct. 1887: Die Patientin ist eine kleine, sehr blasse, anaemische Person, nicht fiebernd, die nur über Stärkerwerden des Leibes ohne Schmerzen klagt. Keine Oedeme und Exantheme. Der Puls ist regelmässig 124, weich und klein. Athmung oberflächlich 32 in der Minute. Die Zunge ist stark trocken, weiss belegt; der Appetit ist schlecht, der Schlaf gut. Die Lunge ist gesund; laute Gefässgeräusche am Halse zu constatiren. Das Herz hat normale Grenzen. Das Abdomen ist stark vorgewölbt und zwar doppelt: erst das Epigastrium wurstförmig, dann kommt eine horizontale Furche, während das Hypogastrium wieder wie bei Gravidität vorgewölbt erscheint. Der Bauchumfang beträgt 93 cm. Der Nabel lässt die obere Falte überhängen, vielfach fühlt man grosshöckerige, unregelmässige Tumoren, besonders in der Gegend der Leber und der Flexur durch. Nur das Epigastrium liefert hell tympanitischen Schall, das ganze übrige Abdomen aber fast absolute Dämpfung mit Ausnahme der Gegend über dem linken Poupart'schen Band. Beim Lagewechsel erfolgt kein Schallwechsel. Die Leberdämpfung beginnt schon an der 5. Rippe, reicht bis an den Rippenbogen. Die Milz ist bis an den Rippenbogen zu perkutiren; dieselbe ist nicht vergrössert. Der Stuhl ist angehalten, im Urin ist etwas Besonderes nicht zu constatiren. Per vaginam ist ohne Narkose nichts Sicheres zu fühlen wegen starker Spannung der Bauchdecken.

Diagnose: Tumor ovarii duplex. Papilloma. 23. Oct. Es wird der Patientin die Operation vorgeschlagen. Es müssen

jedoch die Menses abgewartet werden, da die Patientin nicht weiss, wann sie dieselben das letzte Mal gehabt hat. Bis heute sind dieselben noch nicht eingetreten. Die Kranke befindet sich im Uebrigen wohl.

28. Oct. Untersuchung in Chloroformnarkose. (Die Narkose wird gut vertragen.) Die Vagina ist sehr kurz; beide Laquearvaginae sind heruntergedrängt durch beiderseitige, ziemlich harte, mit Papillommassen durchsetzte Tumoren, die den ganzen Douglas'schen Raum erfüllen und mit dem sehr kleinen, elevirten, in toto retroponirten, aber antevertirten und mediangestellten Uterus durch einen links deutlichen, rechts undeutlichen Stiel in Verbindung stehen. Während der Untersuchung platzt im Douglas ein Papillom. Die Portio vaginalis uteri ist konisch, geschwollen und steht ganz nach vorn. Am Abend betrug die Temperatur der Kranken 38°,5.

31. Oct. Da jetzt seit mehr als 5 Wochen die Regel nicht erschienen ist, sondern vorgestern und gestern nur Molimina, die sich durch Schmerzen in beiden Seiten kundgaben, aufgetreten sind, so wird Patientin in der üblichen Weise zur Laparatomie vorbereitet. Um Hydronephrose handelt es sich, wie man anfangs des Sitzes der Schmerzen wegen vermuthete, nicht. Der Urin ist klar, 1500 gr. in 24 Stunden ohne abnorme Bestandtheile. Die Patientin lernt in Rückenlage uriniren. Im Ganzen ist sie in den letzten 14 Tagen entschieden blässer und schwächer geworden.

Operation. 5. Nov. 1887. Vorher 0,01 Morphium. Chloroformnarkose. (Dieselbe bleibt im ganzen gut, beim Herauswälzen der einzelnen Tumoren wird der Puls auf kurze Zeit sehr klein und frequent.)

Schnitt in der Linea alba vom Nabel abwärts bis 2 Finger breit über die Symphyse. Die Bauchdecken sind ziemlich fettreich, stark blutend, die Muskeln sind straff und dick. Das Peritoneum ist leicht verdickt und getrübt. Nach Entleerung von reichlichem, braungelbem Ascites erscheinen im ganzen Bauch gelegen grosse, mit papillären Wucherungen und Cysten bedeckte Tumorknollen. Zunächst gelingt es den in der rechten Unterbauchgegend gelegenen, übrigens grössten Tumor grösstentheils zu eventriren. Verkleinern lässt er sich nicht. Er geht aus vom rechten Ovarium, hängt mit dem antevertirten, schlaffen, an die Symphyse gepressten Uterus zusammen durch einen ungemein breiten Stiel. Dieser wird gebildet von der platten, sehr ausgezogenen Tube, dem strangartigen Ligamentum ovarii, dem sehr entfalteten und ausgezogenen oberen

Blatt des Ligamentum latum und dem Ligamentum infundibulopelvicum, weshalb er also bis an die rechte Beckenwand geht. Nur einige Adhaesionen hat der Tumor mit der vorderen Bauchwand. Nachdem diese versorgt, wird der Stiel fast allein unter der Leitung der Finger vom Uterus her mit Seide unterbunden und zwar doppelt. Als man Schritt für Schritt vorwärts gehend und die unterbundenen Stielpartieen zwischen den beiden Ligaturen immer durchtrennend bis etwa in die Mitte des Stiels gelangt ist, entsteht eine ansehnliche, aus zwei erweiterten Aesten der rechten Art. spermatica herrührende Blutung, die durch isolirte Unterbindung sogleich gestillt wird. Bei der weiteren Unterbindung des auch sehr dicken Stieles, wobei man tastend durch seine ganze Dicke hindurch sticht, blutet es zwar anhaltend, aber nicht arteriell oder profus. Rasche Abtragung des Tumors. Dann erst wurde der Stiel in seiner ganzen Ausdehnung versorgt, sauber zurecht geschnitten, mit dem Paquelin verkohlt.

Während der übrige Darm eng zusammengezogen, nicht degenerirt oder verwachsen ist, liegt ganz benachbart dem unterbundenen Stiel der fingerlange, erweiterte, durch eingesprengte Tumormassen starre Processus vermiformis, nicht adhaerent.

Das linke Ovarium stellt ein grosses Papillom vor, hauptsächlich im kleinen Becken gelegen, kleiner, als früher gefühlt worden, weil, wie oben angegeben, bei einer früheren Untersuchung seine Hauptcyste geplatzt ist. Es lässt sich auch nicht vollständig in den Schnitt ziehen. Der Stiel ist mässig lang, nicht gedreht, fingerdick, besteht aus der ziemlich normal aussehenden Tube, in dem Ligamentum ovarii sammt Mesovarium. Nach dreifacher Unterbindung wird der Tumor ohne Blutung entfernt. Adhaesionen waren nicht vorhanden. Verkohlung des Stiels mit dem Paquelin.

Der Uterus trägt auf seinem rechten Horn einen kirschkerngrossen, gestielten Tumor; derselbe wird doppelt abgebunden und erweist sich als kleines Fibrom. Der Stielrest wird verkohlt.

Nunmehr restiren noch zunächst zwei grosse, aus grossen und kleinen papillomatösen Cysten zusammengesetzte Tumoren der Oberbauchgegend. Der Schnitt wird durch den Nabel hindurch bis in die Regio epigastrica verlängert, wobei man im Nabel einen kirschkerngrossen, weichen, röthlichen Tumor entdeckt. Der grössere der beiden Bauchtumoren ist nur dem ganz unter die Rippen geschobenen, von bleistiftdicken Gefässen durch-

zogenen Netz adhaerent, an seiner Unterfläche frei, anscheinend tief in die Mesenterialwurzel hineinreichend, so dass von seiner und damit der projectirten Entfernung des Processus vermiformis Abstand genommen wird.

Nur ein kleinerer, faustgrosser Tumor, der vor ihm liegt, und mit dem Netz zusammenhängend dieses in Brücken zerlegt, die leicht gefährlich werden könnten, wird vom Netz abgebunden und in toto entfernt.

Beim Schluss der Bauchwunde oberhalb des Nabels wird aus Versehen der grosse cystische Tumor angestochen und entleert reichliche, nicht riechende, braungelbe Flüssigkeit. Die Oeffnung wird daher behufs völliger Entleerung erweitert. Nachdem sich etwa 4 Liter entleert, zeigt es sich, dass das Gewächs, wie das vorige, vollständig nur allein im grossen Netz entwickelt ist. Es wird genau abgebunden und entfernt. Jetzt erst entdeckt man einen dritten Tumor im Netz; derselbe ist ganz auf der Leber gelegen. Adhaesionen sind nicht vorhanden. Das Netz wird unterbunden, der Tumor entfernt. Keine Blutung. Sämmtliche Netzadhaesionen werden mit dem Paquelin abgebrannt. Nunmehr wird die Metastase im Nabel sammt der zugehörigen äusseren Haut entfernt. Jede kleine Blutung wird gestillt. Um die Operation so weit als möglich radical zu gestalten, schreitet man endlich zur Entfernung des Processus vermiformis. Er wird sammt einem Stückchen adhaerenten Mesenterium in eine Darmklemme gefasst und unter Bestehenlassen einer kleinen Manschette abgeschnitten, wobei sich reichliche, grüngelbe, wie Eiter aussehende, aber nicht riechende, nicht faecale Flüssigkeit entleert, die sofort mit einem Schwamme aufgefangen wird, so dass nichts ins Peritoneum gelangt. Fortlaufende Seidennaht schliesst zuerst die Mucosa des Wurmfortsatzes; dann werden sero-seröse Nähte nach Schultze gelegt, bis der Stumpf ganz von Peritoneum bedeckt ist. Sorgfältigste Toilette des Peritoneum. Ein dickes Glasdrainrohr wird auf den Grund des Douglas'schen Raumes geschoben, wobei man leider papilläre Unebenheiten daselbst constatirt.

Schluss der Bauchwunde und Verband. Dauer der Operation 2¼ Stunde.

Reconvaleszenz. Nachm. 5 Uhr: Die Patientin ist nicht collabirt. Der Puls ist ruhig und beträgt 100. Temperatur 37°,1. Geringe Schmerzen in der Wunde. Durch den Glasdrain hat sich bis 4 Uhr sehr wenig, eine Stunde sogar gar nichts entleert. Jetzt aber tritt

wieder reichlichere Secretion ohne Geruch ein. Die Patientin nimmt warmen Cognac.

6. Nov. Die Patientin hat mit 0,01 Morphium von 10 bis 2 Uhr fest, dann nicht mehr bis zum Morgen geschlafen. Sie fühlt sich gut, hat viel Durst. Schmerzen sind nicht mehr vorhanden. Temperatur 37°,2. Puls gut, 94. Das Abdomen ist weder aufgetrieben noch schmerzhaft. Der Urin wird äusserst spärlich, braungelb, klar per Katheter entleert. Der Drain sondert sehr reichliche blutige Flüssigkeit mit alten Gerinnseln ohne Geruch ab. Im ganzen hat die Patientin viermal erbrochen.

Mittags 12 Uhr kann der Drain entfernt werden, weil nur noch spärlich Flüssigkeit kommt. Die Wunde sieht vortrefflich aus. Der Verband ist trocken. Der Leib ist eingesunken und nicht schmerzhaft.

Abends 7 Uhr: Puls seit einer halben Stunde 134, ist kleiner. Temperatur 37°,6. Die Patientin klagt, sie könne nicht gut athmen. Da die Regio epigastrica sehr eingesunken ist, wird dort noch ein dicker Wattebausch unter die Flanellbinde gelegt, worauf etwas leichter geathmet wird. Da sonst bedrohliche Zeichen fehlen, speciell Peritonitis und innere Haemorrhagie ausgeschlossen werden kann, nimmt man an, dass der Zustand dem Erbrechen vorausgehe. Auf 10 Tropfen Liqu. ammon. anis. erfolgt solches ziemlich reichlich, worauf Beruhigung eintritt. Bei einem Clysma (Abends 9 Uhr) aus Bordeaux, Bouillon und 5 Tropfen Tinct. Opii gehen Blähungen sammt dem Clysma ab. — Abends 0,01 Morphium. — Patientin lässt Nachts den Urin spontan, ums doppelte reichlicher als gestern. Sie hat nur sehr wenig geschlafen, fühlt sich aber besser als gestern, wenn sie auch noch über Durst klagt. Sie bekommt Rothwein und Bouillon per os, was sie gut verträgt. Kein Erbrechen. Tags über schläft die Patientin viel. Blähungen gehen spontan ab.

8. Nov. Die Patientin hat wieder, allerdings ohne Morphium, Nachts fast gar nicht geruht, dafür aber heute fast den ganzen Tag mit wenigen Unterbrechungen geschlafen. Temperatur 37°,4. Puls sehr gut, 110. Keine Schmerzen. Urin spontan und reichlich. Viel Blähungen gehen ab. Patientin nimmt Rothwein, Bouillon, Vichy, Thee mit grossem Appetit.

9. Nov. Status idem.

10. Nov. Die Patientin hat mit 0,01 Morphium viel geschlafen. Keine Klagen. Urin reichlich und klar. Viele Flatus, kein Stuhldrang.

13. Nov. Sehr gutes Allgemeinbefinden. Kein Fieber, mässiger Stuhldrang auf Camilleneinlauf, ein geformter Stuhl. Fleischnahrung.

14. Nov. Sämmtliche Drähte werden entfernt. Es hat völlige prima reunio stattgefunden. Auf Einlauf erfolgt ein Stuhl.

19. Nov. Gutes Befinden, nur viel Stuhldrang. Auf Oleum Ricini 5 nicht copiöse Stühle, die 3 ersten geformt, die nächsten dünn.

21. Nov. Schon gestern Abend 38°,7, heute früh 37°,3, Abends 39°,3. Das Abdomen erscheint nicht aufgetrieben, die Narbe reactionslos. Es bestehen Schmerzen unter beiden Rippenbogen, spontan und auf Berührung etwa in der Gegend, wo das Netz inserirt ist. Daselbst ist nichts Besonderes zu palpiren. Eisblase. Per vaginam ist nichts nachweisbar. Das Rectum ist leer.

22. Nov. Status idem: Morgens 37°,3, Abends 39°,3. Auf Einlauf wenig harte Kothbrocken.

23. Nov. Status idem: In der Gegend der Flexura iliaca liegt ein wurstförmiger, harter, sehr schmerzhafter Tumor, über dem der Schall aber tympanitisch ist. Bei dem Fehlen aller peritonitischen Symptone wird obiger Tumor als die gefüllte Flexur angesehen und das Fieber daraus erklärt. Auf einen Einlauf gehen nur wenig harte Kothmassen ab. Temperatur Morgens 38°,7; Abends 39°,1.

24. Nov. Besseres Befinden. Der Kothtumor ist immer noch nachzuweisen. Auf 2 Einläufe nur ein nicht reichlicher harter Stuhl. Temperatur 37°,3 — 38°,4.

25. Nov. Besseres Befinden. Auf Oleum Ricini zwei ziemlich reichliche, zum Theil harte, grösstentheils aber flüssige Stühle. Daraufhin grosse Erleichterung. Temperatur 37°,1 — 38°,0.

27. Nov. Gestern wegen ziemlicher Erschöpfung kein Abführmittel. Heute erneute heftige Schmerzen in der immer noch stark gefüllten Flexur. Zwei Einläufe sind ohne Erfolg. Zweimal müssen 6 gtt. Opiumtinctur gereicht werden. Temperatur 39°,1 — 39°,6.

28. Nov. Auf einen Einlauf und Ol. Ricini erfolgt unmittelbar darauf ein unglaublich reichlicher, harter Stuhl. Temperatur 38°,8—38°,2.

29. Nov. Auf Oleum Ricini 4 abundante, geformte Stühle. Die Gegend der Flexur ist frei.

30. Nov. Es erfolgt spontan sehr reichlicher Stuhl.

1. Dez. Täglich spontan reichliche Stuhlgänge (1—2). Grosser Appetit. Die Patientin nimmt zu und steht auf. Sie wiegt 100 Pfund ohne Kleider.

20. Dez. Die Patientin wird auf ihren Wunsch entlassen.

Der Uterus ist frei beweglich, der Douglas'sche Raum ist frei. An Stelle des rechten Ovars liegt ein taubeneigrosser Körper; ebenso links entlang der Basis des Ligamentum latum. Die Stellen sind nicht schmerzhaft. Die Narbe ist fest verheilt. Beschwerden sind nicht vorhanden.

Die Papillome des Eierstocks nehmen unter den malignen Tumoren der Ovarien eine Sonderstellung ein, die durch ihre eigenartige Metastasensetzung begründet ist. Es werden die Papillome gefährlich einmal durch die Dissemination und Implantation von Gewebselementen auf das Bauchfell. Sie können so als anatomisch gutartige Geschwülste dem Leben der Trägerinnen ein Ende bereiten, indem von den inficirten Stellen aus secundäre Tumoren in der ganzen Peritonealhöhle — vom Douglas'schen Raum bis zum Zwerchfell verbreitet, ja sogar, wie es öfters in der Strassburger Klinik beobachtet, in der Pleuralhöhle — eine rasche Entwickelung nehmen. Andererseits wieder ist die Möglichkeit vorhanden, dass die papillären Wucherungen früh einen anatomisch bösartigen Charakter annehmen und durch Metastasensetzung auf dem lymphatischen Wege gleiche deletäre Wirkung ausüben. Die erste Verlaufsart der Papillome ist entschieden die häufigere; in den Endstadien der Krankheit geht dagegen beides, Papillomentwickelung und carcinomatöse Degeneration, Hand in Hand. Wie gross diese Tendenz der Papillome ist, carcinomatös zu degeneriren, das wird in allen Lehrbüchern und Abhandlungen über diese Tumoren betont; A. Martin bezeichnet die papillomatöse Degeneration der Ovarialkystome geradezu als eine Vorstufe des Carcinoms.

Je nach dem Entwickelungsstadium nun, in welchem sich das Papillom befindet, wird sich auch die Prognose einer Ovariotomie besser oder schlechter stellen müssen. Im allgemeinen wird man klinisch ein Papillom so lange als gutartig auffassen können, als die Papillen die Wand der Cysten

noch nicht durchbrochen haben, so lange also eine Dissemination von Geschwulstelementen auf das Peritoneum der Bauchhöhle noch nicht hat stattfinden können. Es wird in diesen Fällen die Prognose einer Ovariotomie nicht schlechter sein als bei der Exstirpation glandulärer Kystome des Eierstocks, angesichts der Thatsache, dass die Möglichkeit, eine Radicalheilung zu erzielen, durchaus vorhanden ist. Einen Beleg hierfür liefert die Tabelle von Cohn über die Operationsresultate Schröders bei benignen oder suspecten Papillomen, das heisst Tumoren mit glatter Oberfläche: alle Patientinnen sind auf der Liste als geheilt resp. bis jetzt recidivfrei aufgeführt. Der Diagnostiker wird die Papillome in diesem Anfangsstadium der Entwickelung nicht als solche erkennen und die Operation in der Meinung unternehmen, ein glanduläres Kystom vor sich zu haben.

Beeinflusst wird die Prognose in diesem Falle nur, wenn in solchen Papillomen ohne durchbrochene Wand nach der Operation eine carcinomatöse Partie nachweisbar wird. Dass dies möglich ist, beweist ein von Flaischlen in der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie[1]) veröffentlichter Fall; zugleich lässt derselbe aber erkennen, dass auch unter diesen Umständen eine Radicaloperation sehr gut möglich ist.

Im allgemeinen bieten also die Papillome — natürlich mit Ausnahme der seltenen Oberflächenpapillome des Ovarium — für eine eventuelle Radicaloperation eine längere Zeitdauer dar, als dies bei primären, soliden Carcinomen der Fall sein kann; es muss bei guter Durchführung einer frühzeitigen Operationsmethode gelingen, viele Papillome unschädlich zu machen, bevor sie das Peritoneum haben inficiren können.

Anders wieder gestaltet sich die Prognose einer Ovariotomie bei Papillom, wenn der Durchbruch der Papillen diagnostisch erkennbar wird und eine Implantation auf das Peritoneum schon stattgefunden hat. Selbst kleine papillomatöse Excrescenzen auf dem Bauchfell entwickeln sich erfahrungsgemäss nach der Operation zu secundären Geschwülsten. Ausnahmen,

---

[1]) Band VII.

wie sie von Thornton[1]), Olshausen[2]), Flaischlen[3]), Netzel[4]) und Anderen beschrieben werden, dass bei Bestehenlassen von Metastasen eine Fortentwickelung der letzteren nicht zu constatiren war, sind als Glückszufälle und als Ausnahmen zu betrachten und nicht Fälle, die prognostisch massgebend sein können. Es beruhte in diesen Fällen die Heilung auf einer regressiven Metamorphose der Papillomzotten, auf einer Verkalkung, die in einer übermässigen Bildung von Psammomkörpern ihren Ausdruck fand. Doch abgesehen von diesen vereinzelten günstigen Ausgängen, nehmen die Krankheitsfälle, ob operirt wird oder nicht, einen deletären Verlauf. Die Bauchfellmetastasen entwickeln sich zu grossen Tumoren, die in Verbindung mit dem immer recidivirenden Ascites je nach Massgabe des mehr oder minder raschen Wachsthums die Kräfte der Patientinnen früher oder später aufzehren.

Es haben demnach alle durchbrochenen Papillome klinisch für malign zu gelten, gleichgültig ob die anatomische Untersuchung carcinomatöse Degeneration ergiebt oder nicht. Doch lässt die krebsige Entartung selten lange auf sich warten. Gelingt es auch, ein anatomisch gutartiges durchbrochenes Papillom zu entfernen, so werden die später aufschiessenden Recidive fast immer einen bösartigen Charakter erkennen lassen. Cohn weist statistisch die Häufigkeit dieser carcinomatösen Degeneration nach. Unter 50 Papillomen, die sich Schröder zur Operation stellten, waren 20 bösartigen Charakters; es entspricht diese Zahl, wenn wir 6 Probeincisionen abrechnen, fast genau den 16 klinisch malignen, d. h. durchbrochenen Papillomen, die Cohn aufzählt.

Die Ovariotomie hat also, wenn es sich um die Exstirpation von Papillomen mit durchbrochener Wand handelt, eine recht schlechte Prognose. Hat einmal eine Dissemination von

---

[1]) Transactions of the obstetrical society of London. Vol. XXVIII. 1887.
[2]) Krankheiten der Ovarien, pag. 122.
[3]) a. a. O.
[4]) Hygiea. XLIX. 1887. Nach Schmidt's Jahrbuch.

Geschwulstelementen in der Peritonealhöhle stattgefunden, so wird die Ovariotomie das Fortwuchern der Metastasen nicht hindern können, wenn auch eine noch so genaue Zerstörung der warzigen Wucherungen vorgenommen wird. In Fällen, wo der bösartige Charakter der Geschwulst nicht zu verkennen ist, muss naturgemäss eine lymphatische Verbreitung von Krebspartikelchen die Prognose quoad recidivum und quoad vitam noch mehr verschlechtern.

Wir sind wiederum, wie bei dem Medullarcarcinom des Ovarium, bei dem Entwickelungsstadium angelangt, wo eine Radicaloperation unmöglich erscheint. Die Operation vermag nunmehr nur noch einen palliativen Nutzen zu schaffen und die Lebenszeit der Kranken um einige Zeit zu verlängern. Am günstigsten für derartige palliative Operationen möchten wohl diejenigen Fälle sein, wo auf dem Peritoneum nur wenige warzige Unebenheiten zu constatiren sind. Man wird dann bis zu dem Zeitpunkt, wo sich die Papillen wieder zu mächtigeren Tumoren entwickelt haben, die Kranken von den Beschwerden des Ascites befreien können, was bei langsam wachsenden Tumoren schon eine geraume Zeitspanne bedeuten kann. Was aber von einer Exstirpation zu hoffen sei, wenn sich das Papillom in einem so fortgeschrittenen Entwickelungsstadium befindet wie in unserem Falle, das lässt sich im voraus kaum erwägen, noch dazu da das Wachsthum der Geschwulst als ein sehr rasches bezeichnet werden muss. Dafür spricht der Umstand, dass sich die ersten Anzeichen einer Tumorentwickelung erst ein Jahr vor der Operation in Gestalt der Menstruationsanomalien kundgaben. Wichtiger jedoch erscheint es, dass Ascites sich erst einige Wochen vor der Aufnahme der Kranken bemerkbar machte, so dass eine Punction bis zu dem operativen Eingriff nicht erforderlich wurde. Das Auftreten von Ascites wird allgemein mit dem Durchbruche der Papillen in die Peritonealhöhle sowohl in zeitlichen wie ursächlichen Zusammenhang gebracht. Von dieser Zeit ab, vermehrt um den Monat, während dessen die Patientin zu der Operation vorbereitet wurde, haben also die Papillome im

Netz ihre Entwickelung zu so erstaunlich mächtigen secundären Cystengeschwülsten genommen, wie sie die Operationsdarstellung weiter oben beschrieben hat. Die Kräfteabnahme der Patientin gab dabei Zeugniss, wie sehr das Wachsthum des Krebses an ihrem Lebensmarke zehre. Für unser Papillom gilt also der Satz von Olshausen nicht, der den papillären, nach ihm meistentheils intraligamentären Tumoren einen langsameren Verlauf vindicirt als selbst den glandulären proliferirenden Kystomen.

Angesichts der rasch zunehmenden Entkräftung der Kranken und noch mehr angesichts der traurigen Ergebnisse, welche sowohl die Palpation wie die innere Untersuchung über die Entwickelung der Krankheit zeigten, hätte die Patientin wohl kaum einen Operateur gefunden. Auch dieser Krankheitsfall gehört, wie unser erster Fall, in die Categorie derjenigen Fälle, wo eine Operation für nutzlos gehalten wird, ja für ungerechtfertigt, da es zu spät sei. Auch wenn eine Probeincision gemacht worden wäre, hätte der desolate Anblick des tumordurchsetzten Bauches davon abgeschreckt, zur Exstirpation überzugehen. Schon das Peritoneum parietale war nicht unverdächtig; es zeigte sich getrübt und verdickt, und gegen Ende der Operation, die sich mehr und mehr zu einer totalen Exstirpation aller gröberen Tumormassen gestaltete, zeigten sich im Douglas'schen Raum papilläre Unebenheiten. Auch darüber, dass man es mit einem ebenfalls anatomisch bösartigen Tumor zu thun habe, liess das macroscopische Aussehen der Geschwulst auf dem Schnitt, die starre Infiltration des Processus vermiformis, ebenso wie die Metastase im Nabel kaum einen Zweifel zu. Die microscopische Untersuchung, die im Laboratorium des pathologischen Instituts statt gefunden hat, hat denn auch, wie mir Herr Dr. Freund mitzutheilen die Güte hatte, die Diagnose auf Cystoma papillare proliferum carcinomatosum gestellt.

Es erübrigt nun noch, auf einige Puncte, die aus der Krankengeschichte erhellen, zurückzukommen, um dann den weiteren Verlauf der Krankheit zu verfolgen.

In der Anamnese fällt es auf, wie schmerzlos und latent die ganze Entwickelung des Papilloms verlaufen ist. Es bildet dies einen neuen Beleg für die in der Einleitung citirte Erfahrung von dem latenten Verlauf maligner Tumoren des Eierstocks. Erst andere Personen mussten die Kranke auf ihr schlechtes, mehr und mehr cachectisches Aussehen aufmerksam machen, um sie zum Bewusstsein zu bringen, dass sie krank sei. — Auch der Ascites ist spät und im Vergleich zu anderen Fällen relativ spärlich aufgetreten. Gerade der früh eintretende und rapid recidivirende Ascites soll ein Merkmal für Papilloma ovarii sein. Olshausen[1]) hat — zwar bei langsam wachsenden intraligamentären Cysten — einmal in 6 Jahren 76 Mal, ein zweites Mal in 7 Jahren 105 Mal punctiren müssen. Peaslee[2]) will sogar 665 Punctionen nothwendig gehabt haben. Davon kann in unserem Falle nicht die Rede sein; denn während bei unserer Carcinomkranken der Ascites so den Symptomencomplex beherrschte, dass aus ihm auf die Dauer eine direkte Lebensgefahr erwachsen musste, ist es hier in unserem Papillomfall vielmehr das rapide, kräfteverzehrende Wachsthum der Geschwulst selbst, das allein in den Vordergrund tritt.

Die angegebenen Menstruationsanomalien sind ebenfalls beachtenswerth. Menostasis ist nicht vorhanden gewesen; vielmehr traten die Menstruationen häufiger auf. Profus jedoch kann man dieselben nicht nennen, was nach Olshausen bisweilen vorkommen soll.

Das Papillom war auch in diesem Falle doppelseitig, ein Befund, welchem, wie bekannt, ein gewisser diagnostischer Werth zukommt. Olshausen[3]) nimmt den intraligamentären Sitz als charakteristisch für Papillome an; Cohn bestreitet dies

---

[1]) Krankheiten der Ovarien, pag. 141.

[2]) Coblentz, in Zeitschrift für Gynaekologie und Frauenkrankheiten. VII.

[3]) Loc. cit., pag. 124.

an der Hand seines Materials. Hier fand sich eine subseröse Entwickelung nur am rechten Ovarialtumor, unzweifelhaft dem zuerst entstandenen; trotz der schlechten Stielbildung gelang jedoch die Abtragung des Tumors ohne erhebliche Blutung.

Eine diagnostische Schwierigkeit bot der Fall bei dem vorgeschrittenen Entwickelungsstadium der Geschwulst in keiner Weise dar.

Kommen wir nun zum Schlusse auf den Erfolg zu sprechen, den die Operation gehabt hat, so ist wieder an erster Stelle zu betonen, dass trotz des gewaltigen Eingriffs — es wurden im Ganzen ohne den Processus vermiformis sieben Tumoren aus der Bauchhöhle entfernt — die Operirte ohne ein Spur von Fieber die Ovariotomie überstanden hat. War es im ersten Falle die alte Bronchitis, die die Reconvaleszenz zu stören drohte, so war es diesmal eine Koprostase, die zu ernsten Besorgnissen Anlass gab. Zweifellos war es vor der Operation nicht gelungen, die alten eingedickten Kothmassen zu entfernen. Die Operateure bei Mastdarmcarcinom wissen über gleiche Vorkommnisse zu berichten, die den Erfolg der Exstirpation zu nichte gemacht haben.

Ueber den weiteren Verlauf der Krankheit berichtet die Mutter der Patientin am 27. März 1888, also 5 Monate nach der Operation, wie folgt:

«Adele befindet sich vollkommen wohl. Sie wiegt 106 Pfund; sie plättet den ganzen Tag über, geht an den Bach, um zu waschen, und sagt, sie könne gut noch mehr arbeiten, wolle sich aber schonen. Zum Doctor zu gehen, habe sie keinen Grund. Die Regel ist nicht wiedergekehrt.»

Allerdings wird zugleich mitgetheilt, dass die Patientin in der rechten Achselhöhle «une petite tumeur» bemerke, die keine Beschwerden mache. Wir werden wohl kaum fehlgehen, wenn wir diesen kleinen Tumor der Achselhöhle als eine Carcinommetastase auffassen.

Die Operation hat also ausser der psychischen Beruhigung, die sie der Patientin verlieh, folgende Resultate gezeitigt:

1. Die Lebensdauer der Patientin ist um 5 Monate nicht nur erträglichen Daseins, sondern vollkommen guten Befindens verlängert worden.
2. Die Patientin hat an Gewicht und Kraft zugenommen und ist durchaus arbeitsfähig geworden.
3. Der Ascites ist ausgeblieben.

Eine zweite Nachricht über das Befinden der Operirten ist der Klinik am 20. Juni 1888 von Seiten einer Schlettstadter Krankenpflegerin, einer aus den besten Ständen hervorgegangenen barmherzigen Schwester, zugegangen. Wir glauben am besten zu thun, wenn wir den Brief wörtlich in Uebersetzung hier folgen lassen:

«Ich habe Sonntag Adele besucht und sie viel gekräftigter wiedergefunden, um so mehr als ich lange keine Gelegenheit hatte, sie zu sehen. Sie theilte mir mit, dass sie arbeite wie vor der Operation; — dass sie den ganzen Tag plätte, am Bache wasche, ja, die Wäsche auf die Trockenbühne bringe; und, Gott sei Dank, sagte sie, ich spüre keine Schmerzen noch irgend welche Beschwerden. Sie hat vor allem sehr guten Appetit; die Regel ist jedoch nicht wiedergekehrt, und die kleine Geschwulst unter dem rechten Arm ist noch nicht verschwunden; doch wächst sie auch nicht.

Adele schont sich nicht genug, von Ermahnungen will sie durchaus nichts wissen.

Wirklich erstaunt bin ich, so gute Nachrichten übermitteln zu können; es ist wahrhaftig zu bewundern, wie sich Adele nach einer so schrecklichen Krankheit erholt hat.»

Dieser Brief erlaubt den Schluss, dass der günstige Zustand der Patientin über weitere drei Monate hinaus sich erhalten hat.

Schluss.

Es ist unzweifelhaft, dass in beiden Krankengeschichten, die wir oben veröffentlichen, durch die Ovariotomie eine günstige Wendung im Verlaufe des bösartigen Leidens eingetreten ist, und dass durch die Operation ein Resultat erzielt worden ist, welches um so grösser und erfreulicher ist, je hoffnungsloser beide Carcinomfälle von vorne herein erschienen. Ich muss offen zugeben, als mir im November vorigen Jahres, zu gleicher Zeit mit den Operationen, die beiden Krankheitsfälle zu weiterer Beobachtung und Begutachtung zugewiesen wurden, war ich keineswegs davon überzeugt, dass die beiden von Professor Dr. Freund ausgeführten Ovariotomien sich so dankbar erweisen würden, wie sie es thatsächlich gewesen sind. Wenn in den Statistiken deutscher Operateure, die doch mit dem Bestreben, eine Radicaloperation zu erzielen, d. h. also in günstigen Fällen operiren, die weitere Lebensdauer der Ovariotomirten oft nur als nach wenig Wochen oder Monaten zählend aufgeführt wird, was liess sich in Fällen erwarten, wo so offenkundige Metastasen, ja Tumorreste zurückgelassen werden mussten wie bei unseren Operationen?

Die Erfahrung, die allein in diesen Fragen ausschlaggebend sein kann, hat uns darüber belehrt. Selbst in dem ersten Falle, dem prognostisch ungünstigeren, ist das Leben der Patientin um ein halbes Jahr verlängert worden, in welchem sie im Gegensatz zu der Leidenszeit vor der Operation fast beschwerdefrei, arbeitsfähig und hoffnungsfreudig gewesen ist. In dem zweiten Falle hat die Heilungsdauer der letzten Nachricht zufolge bis jetzt 8 Monate erreicht, und es ist dem günstigen Befinden der Patientin nach zu hoffen, dass die Lebensdauer der Operirten durch die Ovariotomie um ein ganzes Jahr verlängert werden wird, dieselbe Zeitdauer, die Cohn als kürzeste Frist seiner Statistik unterlegt, um eine Kranke, wenn kein Recidiv sich gezeigt hat, als geheilt zu bezeichnen.

Die günstigen Resultate der Operationen treten am besten zu Tage, wenn wir uns kurz veranschaulichen, welch ein Schicksal den Kranken zu Theil geworden wäre, wenn dieselben einen Operateur nicht gefunden hätten. Im ersten Falle hätten wir jenes bekannte elende und hülflose Dahinsiechen der Carcinomkranken zu erwarten gehabt. Der rasch recidivirende Ascites hätte die Kranke dauernd an das Bett gefesselt; der immer stärker werdende Prolaps mit dem beginnenden Decubitalgeschwür konnte auf die Dauer auch nicht gleichgültig lassen. Die ohnehin schon chronisch affizirten Respirationsorgane, das durch das Emphysem überanstrengte Herz wären mehr und mehr dem verderblichen Einfluss des Ascites und Hydrothorax erlegen, um so mehr als sowohl die Geschwulst durch ihr Wachsthum als der Ascites durch seine stete Wiederkehr an den Kräften der Patientin gezehrt hätten. Olshausen[1]) bemerkt in seinem Handbuche über die Krankheiten der Ovarien: «Von den palliativen Mitteln bei Carcinoma ovarii ist die Punction des begleitenden Ascites das wichtigste. Dieselbe wird zwar meist nach kurzen Zwischenräumen schon wieder nöthig, kann aber den Kranken gerade in solchen Fällen ungemeine Erleichterung verschaffen und durch Herbeiführung von Schlaf und Appetit auch unzweifelhaft das Leben verlängern.» Es klingt dies allerdings sehr verlockend; allein hätten wir dieses Verfahren auf unseren Fall anwenden wollen, so liegt es auf der Hand, dass die kurzen Zeitspannen von Euphorie, die den Punctionen folgen, keinen Vergleich aushalten können mit dem dauernden Wohlbefinden, das die in bewusst palliativem Sinne ausgeführte Ovariotomie der Kranken verschaffte. Die kurze Euphorie war überdies jedesmal durch eintretende Urinbeschwerden verbittert worden; auch, glauben wir, darf es nicht ausser Berechnung gelassen werden, dass die wiederholt erneuten Punctionen dem Körper eine kolossale Menge Eiweiss plötzlich entziehen.

---

[1]) Pag. 439.

Die Zeit zu berechnen, welche die Patientin gelebt hätte, auch wenn sie eine Operation nicht durchgemacht hätte, das ist natürlich unmöglich; allein wenn es auch nicht gelungen sein sollte, das Leben der Patientin zu verlängern — was sehr unwahrscheinlich ist —, so sind doch die letzten Monate der Operirten um vieles erträglicher gestaltet worden.

Im zweiten Falle war es unzweifelhaft das rapide Wachsthum der Geschwulst, welches das Leben der Patientin in kurzer Frist vernichtet hätte. Es war dies während des einmonatlichen Aufenthalts der Patientin in der Klinik aus dem unverkennbaren Kräfteverfall klar geworden. Der Ascites trat in dem Krankheitsbilde zurück, wie wir das schon weiter oben betonten. Durch Punctionen liess sich also in diesem Falle wenig oder gar nichts helfen; hier konnte nur eine möglichst prompte und vollständige Exstirpation der einzelnen Papillome einen palliativen Nutzen schaffen. Die Entfernung der Tumoren gelang denn auch auf eine zu Beginn der Operation kaum gehoffte, fast radicale Weise, und der gute Erfolg hat die Mühen der Operation glänzend belohnt.

Die günstigen Resultate der beiden Ovariotomien erklären sich dadurch, dass durch die Operationen einmal dem Wiederauftreten von Ascites für längere Zeit vorgebeugt wurde, andererseits dadurch, dass durch die Exstirpation der grossen Tumoren das weitere Wachsthum des Krebses, wenn auch nicht verhindert, so doch für eine ansehnliche Zeit aufgehalten wurde. Im ersten Fall waren beide Momente von gleicher Bedeutung, im zweiten Falle das zuletzt angeführte von viel grösserem Einfluss: man hat durch die Entfernung der Papillommassen den Krebs gewissermassen gezwungen, von neuem seine Entwickelung zu nehmen.

Das Fortbleiben des Ascites ist, wie auch Cohn betont, ein sehr wichtiger Erfolg der Ovariotomie bei malignen Tumoren des Eierstocks. Es werden dadurch die Kranken fast gänzlich von ihren Beschwerden befreit, sie gewinnen Zeit zur Erholung, nehmen an Gewicht und Kraft zu, so dass sie dem erneuten Ansturm der Krebsentwickelung gewappneter ent-

gegenstehen. Diese Remission des Ascites erscheint in dem Fall von Papilloma ovarii erklärlich, wenn wir mit Olshausen, Coblentz[1]) und Quénu[2]) annehmen, dass die blutgefässreichen Papillen den Ascites ebenso bilden, wie sie den Cysteninhalt durch Secretion gebildet haben, bevor sie die Wandung der Cyste durchbrochen haben. Für unseren ersten Fall jedoch steht die Erklärung des Entstehens wie des Ausbleibens des Ascites auf schwachen Füssen. Will man die chronische carcinomatöse Peritonitis verantwortlich machen, so ist kein Grund vorhanden, warum der Ascites fortbleiben solle, da ja das Peritoneum bei der Operation unberührt geblieben ist. Man denkt in diesen Fällen unwillkürlich an den Erfolg der Probeincisionen bei tuberculöser Peritonitis, welchen schon Spencer Wells[3]) mittheilte und für welchen Fehling[4]) in neuester Zeit einige Erklärungsversuche gegeben hat. — Doch sei dem, wie ihm wolle, die Praxis lehrt, dass die Kranken während der Remissionszeit des Ascites, die die Operation gewährt, wiederum dem Lebensgenusse zurückgegeben werden, wie es auch unsere beiden Krankengeschichten zeigen. — Dass nun zum Schluss in unserem ersten Fall der Ascites, die Schmerzen, der Kräfteverfall, kurz das alte Symptomenbild sich entwickeln musste, ist zwar beklagenswerth, jedoch lag das vollkommen in dem Bereiche der Berechnung, und es durfte dies von der Operation keinenfalls zurückschrecken. Bei der Bekämpfung eines Krebses, der eine metastatische Verbreitung gewonnen hat, hat man eben nur die Möglichkeit, das unvermeidliche Ende um einen mehr oder minder grossen Zeitraum hinauszuschieben. Es muss darum um so höher angerechnet werden, wenn längere Fristen von relativer Gesundheit erkämpft werden in Fällen, wo, wie in den unsrigen, eine so hochgradige, weite Verbreitung von Krebselementen auf fast alle Unterleibsorgane zu erkennen

---

[1]) Zeitschrift für Gynaekologie und Frauenkrankheiten. Band VII.
[2]) Centralblatt für Gynaekologie. 1886. Nr. 15.
[3]) Diagnose und chirurgische Behandlung der Unterleibstumoren.
[4]) Wiesbadener Naturforscher-Congress 1887.

war. A priori lässt sich überdies noch hinzufügen, dass bei der weiten Verbreitung die letzte Leidenszeit der Kranken eine viel kürzere sein wird, als wenn die Operation nicht das langsame Dahinsiechen derselben unterbrochen hätte.

Unsere Versuche, selbst bei Diagnose auf Carcinom einen günstigen Erfolg zu erzielen, sind jedoch weder die ersten noch die einzigen, die unternommen worden sind, wenn dieselben auch mit unter diejenigen Versuche zu rechnen sind, welche die Mehrzahl der Autoren angesichts der vorgeschrittenen Krebsentwickelung als zu weitgehend betrachten will. Auch andere Operateure haben sich der Ovariotomie unterzogen, wenn nicht die Drüsen und das Peritoneum allzu stark ergriffen waren. Sie operirten, um nicht von vornherein die Waffen zu strecken, fatalistisch nach dem Grundsatze: Remedium anceps melius quam nullum. Diese Ovariotomien unter der Menge der veröffentlichten Operationsresultate herauszulesen, hält sehr schwierig; die begleitenden Notizen geben oft nur sehr ungenügenden Aufschluss, inwieweit die Operationen mit einer Hoffnung auf Radicalheilung unternommen wurden, kurz inwieweit der Krebs längs der Adhaesionen oder Lymphbahnen Verbreitung gewonnen hatte. Wohl nur wenige der Fälle werden den unsrigen an die Seite gestellt werden können; allein da auch die Resultate von Ovariotomien, die unter günstigeren Verhältnissen versucht wurden, für uns Lehrreiches und Interessantes zu bieten vermögen, so lasse ich einige mir leichter zugänglich gewesene Operationen, die von genügenden Notizen begleitet waren, hier folgen.

Olshausen[1]) berichtet über 4 Carcinomoperationen, die er unter seinen 200 ersten Ovariotomien vorgenommen hat.

Im ersten Falle waren Metastasen vorhanden am Netz und am Peritoneum parietale; der Tod erfolgte 40 Tage nach der Operation. Bei Fall 2 waren keine Metastasen, nur chronische Peritonitis erkennbar; Tod nach 7 Wochen. Im dritten Falle zeigte das Peritoneum parietale Metastasen; Tod 4 Wochen

[1]) Beiträge zur Gynaekologie. Halle 1884.

post operationem; und im 4. Falle endlich, wo ausgedehnte Metastasen auf dem Peritoneum parietale sich vorfanden, erholte sich zwar die Patientin zunächst, bei der Entlassung aber waren die Geschwülste auf dem Peritoneum wieder erheblich gewachsen. — Bei so traurigen Erfahrungen wird es erklärlich, dass Olshausen damals (1884) von der Operation bei nicht mehr localem Carcinom abräth, «da man das Leben der Kranken nicht nur nicht verlängere, sondern sie auch zu einem nutzlosen, mehrwöchentlichen Krankenlager zwinge».

Aus der Tabelle von Cohn lässt sich nicht ersehen, in welchem Entwickelungsstadium sich die Carcinome befanden, welche Schröder operirt hat. Aus einer späteren Bemerkung geht jedoch hervor, dass in den Fällen, in welchen $1^1/_2$, $1^1/_3$ und 1 Jahr Heilung erzielt worden ist, die Krebse, trotzdem breite und feste Adhaesionen bestanden, das «Bollwerk der Albuginea» nicht überschritten hatten. 2 Kranke dagegen starben bald nach der Operation, eine Operirte $^3/_4$ Jahr nach dem Eingriff.

P. Ruge[1]) hat in zwei Fällen von Carcinom die Operation trotz vorheriger Diagnose auf Krebs versucht. Im ersten Fall gelang die Entfernung des Krebses nur unvollständig, der Tumor wurde in die Bauchwunde genäht, vernarbte und der Tod erfolgte erst nach 5 Monaten. Im zweiten Fall (degenerirte Cyste) befand sich die Patientin noch nach 10 Monaten gesund. Ruge kommt zu dem Schluss, dass die Operation bei Carcinom gewagt werden solle: die Patientinnen hielten sich gelegentlich Jahre lang, erholten sich oder würden in ihren Beschwerden doch erheblich gebessert.

A. Martin[1]) hat in 9 Fällen sich zur Operation entschlossen: 3 Kranke erlagen der Operation, 3 starben am Recidiv innerhalb zweier Monate, über die drei anderen Patientinnen lauten die Nachrichten günstig, eine jedoch bietet nur eine Beobachtungszeit von 2 Jahren. 18 Mal hat dagegen Martin die Probeincision bei Carcinoma peritonei gemacht er hat, wie er ausdrücklich Schröder gegenüber bemerkt,

[1]) Discussion zu Cohn's Vortrag.

nur in Fällen operirt, die seiner Methode der frühzeitigen Operation entsprechen konnten.

Düvelius[1]) hat sich in einem Fall von Carcinom, das sich als inoperabel erwies, mit der Probeincision begnügt. Der Tod trat erst nach $^3/_4$ Jahren ein.

Leopold[2]) hat bei carcinomatösen Kystomen einmal den Tod um 1 Jahr, zweimal um 4 Monate hinausgeschoben. In Fällen von Verbreitung des Carcinoms auf Netz und Peritoneum hat sich Leopold mit Explorativincisionen begnügt: zweimal erfolgte der Tod nach 3 resp. 4 Wochen, einmal starb die Patientin langsam dahinsiechend nach 4 Monaten, während in einem 4. Fall die Patientin sich erholte und nach 6 Monaten noch ihrem Hauswesen vorstehen konnte (!).

Die Veröffentlichungen über Ovariotomien bei durchbrochenen Papillomen sind noch seltener. Unerwartet günstige Resultate, wie in dem Falle von Psammocarcinom von Ruge[3]), haben wir schon oben angeführt. Schröder hat nach Cohn Heilungen von $2\,^1/_2$ Jahren, zweimal 9 Monaten, 2 und 3 Monaten erzielt. Tod durch Recidive trat ein in 4 Fällen: in 3 Monaten, 6 Wochen, 6 Monaten; einmal waren Recidive bei der Entlassung nachweisbar. Im ganzen weist Cohn den Papillomen unter allen bösartigen Tumoren des Eierstocks die kürzeste Heilungsfrist zu, den Sarkomen die längste.

Leopold[4]) hat in einem Fall von doppelseitigem papillären Kystom, wo zahlreiche Adhaesionen vorhanden waren, und das Peritoneum schon warzige Excreszenzen trug, durch sorgfältige Exstirpation des Tumors und Abschabung der Metastasen eine Heilung von $3\,^1/_4$ Jahr zu verzeichnen.

Düvelius[4]) dagegen exstirpirte ein doppelseitiges Papillom, bei welchem weder die Drüsen noch das Peritoneum ergriffen waren; ein Recidiv mit Carcinoma peritonei erfolgte schon nach $3\,^1/_2$ Monaten, der Tod schon nach 5 Monaten.

---

[1]) Discussion zu Cohn's Vortrag.
[2]) Deutsche med. Wochenschrift. XIII. 4.
[3]) S. unter Flaischlen.
[4]) Loc. cit.

A. Martin[1]) hat 3 Papillome operirt, über deren Verbreitung jedoch nichts verlautet; eine Kranke ist nach 2 Jahren noch gesund, die zweite hat nach $2^3/_4$ Jahren, die dritte schon nach 3 Wochen ein Recidiv von Carcinoma peritonei.

Aus diesem wenn auch dürftigen Material geht dennoch klar hervor, wie wechselvoll die Operationsresultate sowohl bei Carcinom wie Papillom sich gestalten. Ovariotomisten, die wie Martin auf eine Radicalheilung hinarbeiten, haben nach 2 Monaten schon den Tod ihrer Patientinnen zu beklagen gehabt; Olshausen wieder, der sich in Fällen versucht hat, die den unsrigen nahe kommen, hat die gleiche trübe Erfahrung machen müssen. Bei solchen Misserfolgen wird es klar, mit wie kleinen Zahlen der Operateur bei Carcinoma ovarii rechnen muss, und es wachsen jene 8 Monate, um welche im ersten Falle das Leben unserer Patientin hat verlängert werden können, an Bedeutung. Auch lässt sich die Divergenz in den Operationsresultaten nicht einfach dadurch erklären, dass man darauf hinweist, es seien Krebse in den verschiedensten Entwickelungsstadien zur Operation gekommen. Von grossem Einfluss muss es sein, ob das Carcinom ein schnellwachsendes ist oder nicht. Auf die verschieden lange Zeitdauer, die ein Krebs braucht, um dem Leben der Trägerin ein Ende zu setzen, macht Olshausen[2]) an der Hand guter Beispiele aufmerksam. In zwei Fällen, wo eine Operation unterblieb, führte der Krebs in 5 und 6 Monaten nach den ersten Krankheitserscheinungen zum Tode, während in einem dritten Krankheitsfall trotz der Inoperabilität, die eine Explorativincision erkennen liess, noch 8 Punctionen innerhalb eines Jahres nothwendig wurden. Auch die örtliche Ausdehnung, die der Krebs mit seinem Wachsthum gewinnt, muss in Betracht kommen; es ist nicht gleichgültig, ob ein Krebs nach oben wachsend früh den Darm umgreift oder im kleinen Becken wuchernd Blase und Mastdarm erfasst. Dass der grössere oder geringere

[1]) Loc. cit.

[2]) Krankheiten der Ovarien, pag. 430.

Grad von Cachexie, Complicationen von Seiten der Niere oder anderer Organe das Operationsresultat beeinträchtigen können, liegt ebenfalls auf der Hand; ein jeder Fall von Carcinom kann so sein Besonderes haben.

Wenn es nun die Mannigfaltigkeit der Carcinomfälle mit sich bringt, dass die Resultate der Ovariotomie so gewaltig differiren, so muss dieselbe andererseits auch auf die Behandlungsfrage zurückwirken, so dass es schwer hält, allgemeine Regeln über das therapeutische Verhalten bei bösartigen Neubildungen des Eierstocks aufzustellen. Wir befinden uns mit dieser Frage auf einem Gebiete, das im Werden begriffen ist; während man früher die malignen Tumoren gar nicht operiren wollte, mehren sich heutzutage die Stimmen, die höhere Entwickelungsstufen zur Operation heranziehen wollen. Ein jeder Beitrag in diesem Sinne, vor allen Dingen, wenn derselbe mehr in extenso gehalten ist, also einer kritischen Beurtheilung zugänglich erscheint, muss dazu beitragen, Licht in die Behandlungsfrage zu bringen. Wir werden uns zwar hüten, auf Grund der geringen Zahl von zwei Fällen allgemeinere Schlüsse ziehen zu wollen; angesichts der Verlaufseigenthümlichkeiten der Krebse wäre das eine sehr gewagte Sache. Im Ganzen sind in der Strassburger Klinik zwölf Fälle operirt worden, die zu derselben Categorie gehören wie unsere Carcinomfälle. Es würde diese Zahl schon eher erlauben, allgemeinere Regeln für die Behandlung zu abstrahiren; allein einige Schlüsse kann man auch auf Grund unserer zwei Ovariotomien ziehen, und diese möchten wir kurz hervorheben.

Unseren Fällen gegenüber lässt sich der schon in der Einleitung citirte Satz Olshausen's nicht aufrecht erhalten, dass man von jeder Incision abstehen solle, wenn vorher Metastasen ganz evident seien. Hätte man diesem Rathe folgen wollen, so wären beide Patientinnen unoperirt geblieben; denn im ersten Falle hätte eine der Diagnose vorausgehende Punktion deutlich die Knoten und die allgemeine Verdickung des Peritoneums erkennen lassen, während im zweiten Fall schon der blosse Anblick des Leibes die starke Metastasenbildung deutlich werden

liess. Also beide Male wären die Patientinnen ohne Operation einem elenden Dasein verfallen.

Viel richtiger dagegen erscheint der Rath Schröder's, selbst in Fällen, die von vorneherein die übelste Prognose erkennen lassen, die Explorativincision zu machen. Nur durch die Incision wurde es klar, dass die Tumoren in unseren Fällen operabel seien. Allein selbst für inoperable Fälle möchten wir den Rath Schröders aus den von ihm angeführten Gründen unterstützen. Einmal aus humanitären Rücksichten, um die Patientinnen nicht zum Bewusstsein ihrer trostlosen Lage kommen zu lassen. Die guten Erfolge der Ovariotomie bei benignen Tumoren sind heute dem Publikum allgemein bekannt; die von Schmerzen geplagten, durch den Kräfteverfall geängstigten Carcinomkranken erhoffen, wenn sie in die Klinik kommen, ebenso wie ihre glücklicheren Mitleidenden Hülfe und Rettung. Diese Hoffnung benimmt man den Kranken, wenn man sie von der Operation zurückweist. Unsere Carcinomkranke hat von vorneherein das Bestreben gehabt, sich operiren zu lassen; möglich, dass sie zu einer für die Prognose der Operation viel günstigeren Zeit in die Klinik gekommen wäre, wenn sie nicht mit Punctionen hingehalten worden wäre. Wäre nun aber später jede Operation verweigert worden, so wäre damit die Patientin zu der schrecklichen Erkenntniss ihrer verzweifelten Lage gekommen, während sie nach der Operation voll neuen Lebensmuthes entlassen werden konnte. — Der zweite Vortheil, den die Kranken durch die Explorativincision gewinnen, besteht nach Schröder's Ausspruch darin, dass nach der Laparatomie die Wiederkehr des Ascites für einen gewissen Zeitraum hinausgeschoben wird, welcher genügt, dass die Patientinnen sich einigermassen erholen. Olshausen[1]) constatirt, dass in einem inoperablen Fall erst 14 Wochen nach der Incision wieder eine Punction nothwendig wurde. Unzweifelhaft wird es auch auf denselben Einfluss zu beziehen sein, wenn eine Patientin Leopold's, wie oben angeführt,

[1]) Pag. 430. Fall Marie Gessert.

6 Monate nach der Incision noch arbeitsfähig ist. A. Martin konnte gleichfalls seine Kranken nach der Incision erleichtert entlassen, zeitweilig befreit von der Spannung des Leibes und den damit verbundenen Schmerzen; man muss ihm zustimmen, wenn er der Probeincision für Fälle, wo der Ascites bedrohlich zu werden beginnt, eine gewisse Berechtigung vindicirt. — Aus alle dem geht hervor, dass man mit der Incision den Kranken eine Wohlthat erweist, um so mehr als nach dem Urtheil aller Autoren die Explorativincision bei strenger Antisepsis eine Gefahr für die Kranken nicht mehr in sich birgt. Ungleich wichtiger aber ist, wir wiederholen es, die Explorativincision als diagnostisches Hülfsmittel; sie allein giebt, wie unsere Fälle zeigen, genügende Sicherheit, wenn es zu entscheiden gilt, ob eine Operabilität vorhanden sei oder nicht. Alle Operateure vereinigen sich zu der Meinung, dass es Pflicht sei, in zweifelhaften Fällen die Laparatomie zu machen, und dass man lieber die Incision ausführen solle als eine Patientin fortschicken, bei der eine Operabilität des Ovarialtumors auch nur schwach zu erhoffen sei.

Was nun aber den Begriff «Operabilität» betrifft, so geben wir allerdings zu, dass in unseren Fällen das Desiderat Cohn's überschritten worden ist, welcher verlangt, dass die Ovariotomie bei malignen Tumoren keine grösseren Schwierigkeiten bieten solle als eine complicirtere gewöhnliche Ovariotomie. Es wird letzteres bei vorgeschrittenen Tumoren überhaupt selten möglich sein; es liegt eben in der Ausbreitungsweise des Carcinoms begründet, dass die Operation eine schwierigere wird. Selbstverständlich wachsen mit diesen Schwierigkeiten auch die Gefahren des Eingriffs; möglich, dass der Operateur in die unangenehme Nothwendigkeit kommt, die Ovariotomie unvollendet zu lassen, wovor Schröder so energisch warnt; vielleicht wird er auch wie Martin die trübe Erfahrung machen, dass eine Operirte an den Folgen einer unstillbaren Blutung zu Grunde geht. Allein wie weit ein Operateur gehen will, welchen Gefahren er sich aussetzen will oder nicht, das lässt sich nicht vorschreiben, es ist das Sache jedes Einzelnen; überhaupt

werden es ja die Beschwerden der Operation mit sich führen, dass Ovariotomien bei vorgeschrittenem Krebs nur von erfahrenen, sachkundigen und umsichtigen Operateuren unternommen werden, gerade so wie das auf verwandten Zweigen der operativen Chirurgie der Fall ist. Wagestücke jedoch sind unsere Operationen bei der technischen Vervollkommnung und den vorzüglichen antiseptischen Cautelen der Neuzeit kaum zu nennen.

Fernerhin verweisen wir auf den in der Einleitung angeführten Satz zurück, in welchem Cohn die Frage beantwortet: Welche bösartige Neubildungen des Eierstocks sollen und dürfen operirt werden? Hiernach sollen Carcinome, die den zweiten Grad der Ausbildung gewonnen haben, nach der Explorativincision unoperirt bleiben. Zu diesen Carcinomen zweiten Grades gehören sicherlich, wenn nicht beide, so doch der erste Fall. Derselbe lehrt, dass trotz weitgehender Carcinose des Bauchfells, trotz miliarer Carcinose am Darm und den anderen Bauch- und Beckenorganen eine Frist von 6 Monaten guten Befindens sich durch eine Ovariotomie erzielen lässt. Er lehrt, dass die Carcinose des Peritoneum nicht, wie Martin glaubt, identisch zu setzen ist mit totaler Hoffnungslosigkeit, dass man von vorne herein theoretisch über den Werth oder Unwerth einer Operation nicht aburtheilen kann: es ist in solchen Fällen zwar für eine Radicaloperation viel zu spät; ein palliativer Erfolg ist aber, wie wir sehen, auch nicht ausgeschlossen. Ferner liess sich in unseren Fällen entgegen der Meinung Schröder's durchaus nichts davon verspüren, dass die Operation an und für sich oder durch rasche Recidivirung den Tod beschleunige. Wir brauchen deshalb auch keiner Rechtfertigung, wenn wir gegen die Meinung Kaltenbach's operirt haben, obgleich der Tumor unbeweglich war, obgleich eine Indicatio vitalis nicht bestand. Der Erfolg verleiht der Operation die beste Rechtfertigung. Gerade je hoffnungsloser ein Fall erscheint, um so berechtigter ist man zur Ovariotomie, die die einzige Möglichkeit bietet, den hülflosen Kranken eine längere Erleichterung zu gewähren. Um so eher darf man zur Krebsexstirpation

schreiten, als die Ovariotomie bei Carcinom sich kaum oder nur um einen geringen Prozentsatz gefahrvoller erweist als die Operation bei gutartigen Eierstockskystomen. Wenn wir z. B. an die Kehlkopfexstirpation bei Krebs, an die Gastroenterostomien bei Pyloruscarcinom, an die Darmresection bei bösartiger Degeneration eines Darmtheiles erinnern, so wird es klar, dass die Chirurgen in dem Kampfe gegen die Krebskrankheit Operationen ausführen, die ebenso mühevoll sind aber prognostisch viel schlechter stehen als die Ovariotomie bei Carcinom des Eierstocks. Und es geschieht dies fast immer, um eben auch nur einen palliativen Erfolg zu erzielen, um dem Patienten einige erträgliche Monate vor dem unabwendbaren Tode zu verschaffen. Warum sollte dasselbe nicht auch bei den Ovarialcarcinomen zu ermöglichen sein?

Ob es unzweckmässig gewesen wäre, wenn im zweiten Falle nur der Haupttumor entfernt worden wäre, darüber lässt sich wohl kaum streiten. Nach der Erfahrung aber, dass sieben Unterleibstumoren sich operabel erwiesen, möchten wir nicht ohne weiteres die Meinung von Olshausen unterschreiben, dass, wenn zahlreiche Metastasen auf dem Bauchfell oder Netz oder gar den Därmen vorhanden seien, Niemand mehr eine Exstirpation auch nur des ovariellen Tumors befürworten würde. Auch in unserem ersten Fall sind grosse Metastasen und selbst Tumorreste zurückgelassen worden, und obgleich man einsah, es sei unvermeidlich, dass die Patientin mit Recidiven entlassen werden müsste, so hat doch der weitere Krankheitsverlauf gezeigt, dass diese Thatsache, die oft mit Resignation in den Statistiken als gleichwerthig mit dem nahen Tode angeführt wird, nicht so unheilvoll wurde, wie man wähnen mochte.

Unsere Krankengeschichten bieten vielmehr einen Beleg dafür, dass ein unerwartet günstiger Erfolg errungen werden kann in Fällen, die man bisher in der Meinung ausgeschlossen hat, es sei zu spät, die Kranken müssten ja doch bald sterben. Es ist dies um so erfreulicher, als dies den Rückschluss gestattet, dass die Ovariotomie bei Carcinomen, die bessere

Chancen darbieten, sich um so lohnender erweisen wird. Doch auch den bisher Enterbten kann durch die Ovariotomie Linderung ihrer Leiden werden. Weitere Versuche müssen ergeben, ob die gewonnenen Resultate auch in anderen analogen Fällen zu erzielen sind, oder ob der Erfolg, den Patientinnen bis jetzt 14 Monate erträglichen Daseins verschafft zu haben, ein zufällig äusserst günstiger zu nennen sein wird. Aber wenn auch nur wenigen Kranken solche Hülfe zu Theil wird, so ist dennoch die Aussicht, diesen wenigen helfen zu können, genügend, um die Ovariotomie berechtigt erscheinen zu lassen. Sollte bei dem gefahrvolleren Eingriff trotz aller Vorsicht, trotz strenger Antisepsis ein etwas höherer Prozentsatz der Operirten zu Grunde gehen, so könnte dies für die Patientinnen kaum als Unglück betrachtet werden, da an dieselben das schreckliche Ende früher oder später doch herantreten muss. Eher wäre dies mit Hinblick auf die Statistik zu betrauern, wenn man überhaupt in diesen Fällen für eine so glänzende Statistik arbeiten könnte, wie bei den glatten Ovariotomien der gutartigen Cystengeschwülste.

Es möchte sich also empfehlen, auch die weiter vorgeschrittenen Carcinome und Papillome in den Bereich der Ovariotomie zu ziehen, soweit dieselben operabel sind. Dass eine Operabilität in diesem Stadium der Krebsentwickelung bestehen kann, beweisen unsere Fälle; ausgeschlossen bleiben natürlich jene Fälle, wo der Marasmus der Kranken so weit gediehen ist, dass das Ende derselben vorauszusehen ist. Ueber die Operabilität entscheidet aber sicher nur die Explorativincision, wofür unser zweiter Krankenbericht einen Beleg abgiebt. Glaubt nun der Operateur, nachdem die Incision das Operationsfeld klar gelegt hat, auf Grund seiner Erfahrungen und nach Massgabe der Sachlage, dass das Carcinom operirbar sei, so schreite er, ungestört durch zu Tage tretende Metastasen, dazu, durch Exstirpation alles Entfernbaren den Nutzen der Probeincision zu verzehnfachen. Ist dann die Operation so weit als thunlich ausgeführt worden, so ist zu hoffen, dass ebenso wie in unseren Fällen ein günstiger pal-

liativer Erfolg der Operation folgt, dass es gelingt, der Kranken neuen Lebensmuth zu geben und überdies Monate guten Wohlbefindens zu erstreiten.

Es möge mir an dieser Stelle verstattet sein, Herrn Professor Freund sowie Herrn Dr. Hermann Freund für die bei der Anfertigung dieser Arbeit gewährte Unterstützung meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.